

# Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



**TITULO:**

**“CARACTERISTICAS GENERALES, SINTOMAS DEPRESIVOS Y CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LOS CENTROS DEL ADULTO MAYOR DE ESSALUD. AREQUIPA, 2014.”**

Tesis presentada por:

Leopoldo Jesús Gálvez Límaco.

Para obtener el Título Profesional de:  
Médico – Cirujano

**Arequipa- Perú**

**2014**

## PREAMBULO

Los adultos mayores constituyen un sector de vulnerabilidad y riesgo en su salud, no sólo en cuanto al estado físico sino también respecto a su situación mental; ya que muchos de ellos al ver disminuido su nivel de socialización, se sienten en situación de abandono.

Durante mi experiencia de pregrado, pude observar que el referido grupo de personas ya sea en la consulta médica u hospitalización tenían desatendida su salud mental, es decir poco o nada se preocupaban por su estado emocional, existiendo pacientes con enfermedades crónicas y algunos con el agravante que no cuentan con apoyo familiar.

Pese a que es una realidad observada a diario en los centros hospitalarios, no tenemos datos exactos y menos aún en la mayoría de ambientes alejados, como son los asilos o sitios donde ellos se congregan, como son los centros del adulto mayor.

Frente a dicho problema, es que veo la necesidad de investigar en esta área, más específicamente en relación a síntomas de depresión y si es que la misma guarda relación alguna con la calidad de vida asociados a su estado de salud actual o si es que son otros los factores que pudieran estar asociados, en los lugares de congregación de adultos mayores.

**INDICE GENERAL:**

RESUMEN.....	02
ABSTRACT.....	03
INTRODUCCIÓN.....	04
CAPÍTULO I: MATERIAL Y MÉTODOS.....	06
CAPÍTULO II: RESULTADOS.....	12
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	27
CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	33
BIBLIOGRAFIA.....	36
ANEXO 01: <b><u>PROYECTO DE INVESTIGACION</u></b> .....	42

## RESUMEN

El objetivo fue determinar las características generales, síntomas depresivos y calidad de vida de adultos mayores que acuden a los Centros del Adulto Mayor de EsSalud en Arequipa, 2014. Estudio descriptivo, transversal, se entrevistó a 170 adultos mayores aplicando la escala de depresión geriátrica de Yesavage y la escala EuroQol-5D. Encontramos que la edad de los entrevistados comprendía entre 62 y 78 años (Media: 70 +/- 3.9), la mayoría de adultos mayores era del sexo femenino 79.4%, el 68.2% se encontraba casado; 61.8% tenía un grado de instrucción superior universitario, la ocupación que actualmente desempeñan la mayoría de los participantes refirió ser ama de casa, 45.3%; además más de la mitad, 58.2%, refirieron no padecer alguna comorbilidad o desconocerla, 16.5% mencionaron hipertensión arterial, 10.6% artrosis. En la evaluación del nivel de depresión de los participantes, el 24.7% padece un nivel de depresión moderada y el 4.7% depresión severa. La calidad de vida evaluada mediante el EuroQol-5D, mostró su autopercepción como muy buena en el 50.6% y un 22.4% como regular. Al relacionar el nivel de calidad de vida en todas sus dimensiones y los niveles de depresión encontramos una relación significativa negativa ( $p=0.001$ ), concluyéndose que a mejor calidad de vida menor nivel de depresión y que la menor edad, el estar casado y la convivencia familiar se relacionan con un menor nivel de depresión.

**Palabras claves:** Depresión, calidad de vida, adultos mayores, EuroQol-5D.



## ABSTRACT

**Objectives:** To determine the general characteristics with depressive symptoms and quality of life of older adults who attend the Senior Centers EsSalud of Arequipa, 2014. **Methods:** A prospective cross-sectional study , 170 older adults were interviewed using the Geriatric Depression Scale of Yesavage and EuroQol -5D scale. **Results:** The age of respondents comprised between 62 and 78 years( average:  $70 \pm 3.9$  ) , most older adults was 79.4 % of the female sex , we found that 68.2 % was married, 61.8 % had a higher education college degree , occupation currently played most of the participants reported being a housewife , 45.3 % , well over half , 58.2 % , reported not suffering from any comorbidity or ignore it , 16.5 % reported hypertension, 10.6 % . In assessing the level of depression of the participants, 24.7 % have a level of moderate depression and 4.7 % severe depression. Quality of life as assessed by EuroQol -5D showed his self-perception as very good in 50.6 % and 22.4 % as fair .By relating the quality of life in all its dimensions and levels of depression found a highly significant negative relationship ( $p = 0.001$ ). **Conclusions:** Relationship to quality of life lower level of depression in the patients evaluated was demonstrated also determined that the younger, being married and family life are associated with lower levels of depression.

**Keywords :** Depression , quality of life , seniors , EuroQol -5D.

## INTRODUCCION

El grupo de pacientes geriátricos son los que más afectados se ven a nivel de su salud, no sólo en cuanto al estado físico, sino también al estado mental; ya que muchos de ellos al ver disminuida su estado de sociabilización, llegan a sentirse abandonados.

Durante mi experiencia de pregrado pude observar como este grupo de personas, ya sea en la consulta médica u hospitalización, tenía desatendida la parte de salud mental, es decir; poco o nada se preocupaban por su estado emocional, existiendo pacientes con enfermedades crónicas que incluso no tenían apoyo de algún familiar. Pese a que esta es una realidad observada a diario en los hospitales, no tenemos datos exactos en la mayoría de casos en ambientes alejados del nosocomio, como son los asilos o sitios donde ellos pueden congregarse, por ejemplo; los centros del adulto mayor.

Por ello, es que veo la necesidad de investigar en esta área, más específicamente en relación a síntomas de depresión y si es que la misma guarda relación alguna con la calidad de vida asociados a su estado de salud actual o si es que son otros los factores que pudieran estar asociados, en los lugares de congregación de adultos mayores.





## MATERIALES Y METODOS

**Técnicas:** Entrevista.

### Instrumentos

- Ficha de recolección de datos (ANEXO 01); donde se registran los datos correspondientes de edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ocupación, convivencia, comorbilidades y tratamiento farmacológico.
- Encuesta de depresión geriátrica de Yesavage (ANEXO 02): Para la medición de la depresión se usó la escala de Depresión Geriátrica (GDS), la que fue creada por Yesavage et al. , la misma que ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores. El cuestionario original es una encuesta de 30 preguntas, donde se debe responder a las preguntas por “sí” o “no” con respecto a cómo se sintieron en la última semana. En las preguntas 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 y 30 se les considera puntaje de 1 a la respuesta “no” y en las preguntas 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 y 28 se les considera puntaje de 1 a la respuesta “sí”. El puntaje de 0 a 9 se considera normal, de 10 a 19 se considera depresión moderada y de 20 a 30 puntos depresión severa. Cuando el puntaje va de 10 a 14 se considera como depresión con una sensibilidad de 84% y una especificidad de 95% y a un puntaje mayor de 14 se considera depresión con una sensibilidad de 80% y una especificidad de 100%.
- Encuesta EuroQol-5D para calidad de vida (ANEXO 03): El cuestionario para medir la calidad de vida relacionada a la salud es el EuroQol-5D, es un cuestionario genérico que describe el estado de salud en 5



dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y mental, cada una de las cuales se define con tres niveles de gravedad. Además consta de una Escala Visual Analógica (EVA) milimetrada en la que el sujeto debe puntuar su estado de salud en el día de la encuesta, siendo los extremos de la escala el peor estado de salud imaginable “0” y el mejor estado de salud imaginable “100”. Este cuestionario muestra una consistencia interna de 0.64, la cual es muy aceptable. Los resultados se muestran por dimensiones distribuyéndolos en las otras características que hayamos tomado en cuenta. Para la evaluación del EVA se puede utilizar como variable numérica o categorizando como escala cualitativa en 5 categorías.

- Se utilizara el test de Pfeiffer (ANEXO 04) para hacer el cribado del deterioro cognitivo, es decir; las personas que presenten dicho deterioro cognitivo no podrán ser incluidas en el estudio, ya que sus demás encuestas tendrían resultados no válidos. Este es un cuestionario heteroadministrado que consta de 10 ítems. El punto de corte está en 3 o más errores en el caso de personas que sepan leer y escribir y de 4 a más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo y no será considerado para tomarle los demás cuestionarios.

### Ubicación espacial y temporal

El estudio se llevó a cabo en los Centros del Adulto Mayor de Essalud: La Victoria, Zamácola y Miguel Grau; los cuales se encuentran en la ciudad de Arequipa. La aplicación de entrevistas se llevó a cabo durante el mes de febrero del 2014.

### Población

La población se encuentra conformada por todos los asistentes a los centros del adulto mayor. Quienes en total son 680 personas. Razón por la cual se realizó un muestreo no sistematizado utilizando la fórmula de tamaño muestral para una proporción en una población finita o conocida. Se obtuvo un tamaño muestral corregido de 170 adultos mayores y se procedió a la entrevista de todos ellos al acudir a los centros del adulto mayor de Essalud y que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión:

- Mayores de 65 años.
- Adultos mayores mentalmente independientes – Corroborado mediante el test de Pfeiffer.
- Adultos mayores que acepten participar del estudio.

Criterios de Exclusión:

- Adultos mayores que sufran de enfermedades mentales.
- Adultos mayores que reciban medicación sedante.

## **Validación de Instrumentos**

La ficha de recolección de datos no requiere validación por tratarse de una ficha de información.

La escala de Depresión Geriátrica (GDS), la que fue creada por Yesavage et al. , la misma que ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores. El cuestionario original es una encuesta de 30 preguntas, donde se debe responder a las preguntas por “sí” o “no” con respecto a cómo se sintieron en la última semana. La versión española fue adaptada por Aguado C. y col.

El EuroQol-5D, es un cuestionario genérico que describe el estado de salud en 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y mental, cada una de las cuales se define con tres niveles de gravedad. Además consta de una Escala Visual Analógica (EVA) milimetrada en la que el sujeto debe puntuar su estado de salud en el día de la encuesta.

## **Obtención y procesamiento de datos**

Las encuestas se manejaron de manera anónima asignando un código a cada participante y a cada encuesta. La información que se obtuvo de las encuestas fueron procesadas en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2010, y posteriormente fueron pasadas al paquete estadístico SPSS v.22 para su análisis correspondiente.

La descripción de las variables categóricas se presentan en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados. Para las variables numéricas se utiliza la media, la mediana y la desviación



estándar para variables continuas; así como valores mínimos y máximos. Para las asociaciones se usa la prueba de Chi cuadrado, todas las pruebas estadísticas se considerarán significativas al tener un  $p < 0,05$ .



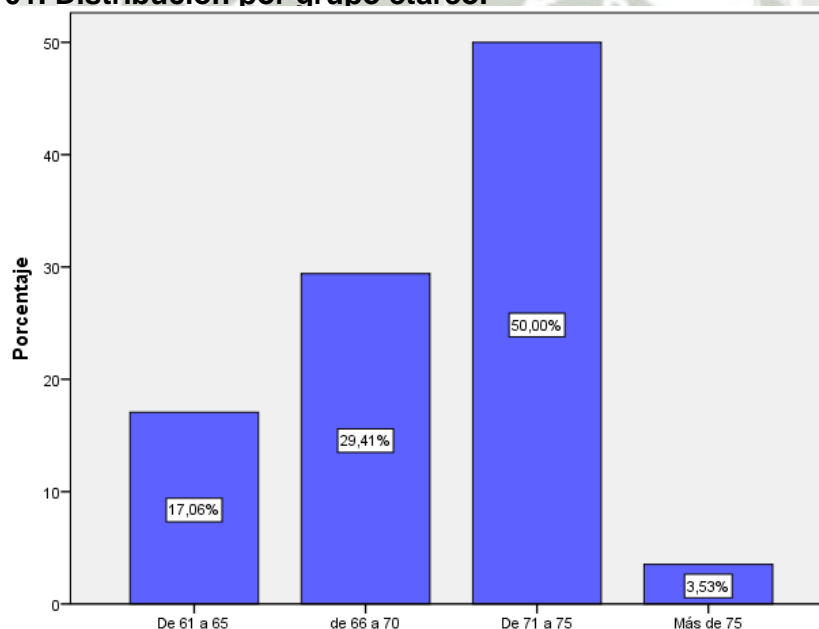


**CARACTERISTICAS GENERALES, SINTOMAS DEPRESIVOS Y CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LOS CENTROS DEL ADULTO MAYOR DE ESSALUD. AREQUIPA, 2014.**

**Tabla 01. Distribución por grupo etáreo.**

<b>Grupo Etáreo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
De 61 a 65	29	17,1
de 66 a 70	50	29,4
De 71 a 75	85	50,0
Más de 75	6	3,5
	170	100,0

**Gráfico 01. Distribución por grupo etáreo.**



**Tabla 02. Descripción de la variable edad.**

<b>Número</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desviación</b>	<b>Valor</b>	<b>Valor</b>
<b>(n)</b>			<b>Estándar</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>170</b>	70 Años	71 años	3.925	62	78

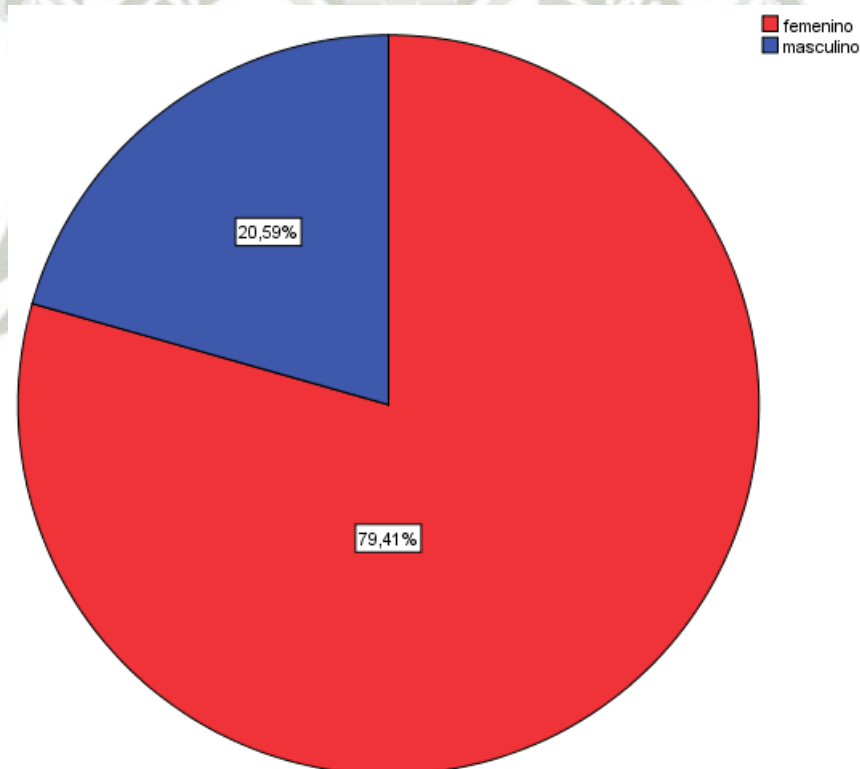


**CARACTERÍSTICAS GENERALES, SINTOMAS DEPRESIVOS Y CALIDAD  
DE VIDA DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LOS CENTROS DEL  
ADULTO MAYOR DE ESSALUD. AREQUIPA, 2014.**

**Tabla 03. Distribución por sexo.**

<b>Sexo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Femenino	135	79,4
Masculino	35	20,6
	170	100,0

**Gráfico 02. Distribución por sexo.**



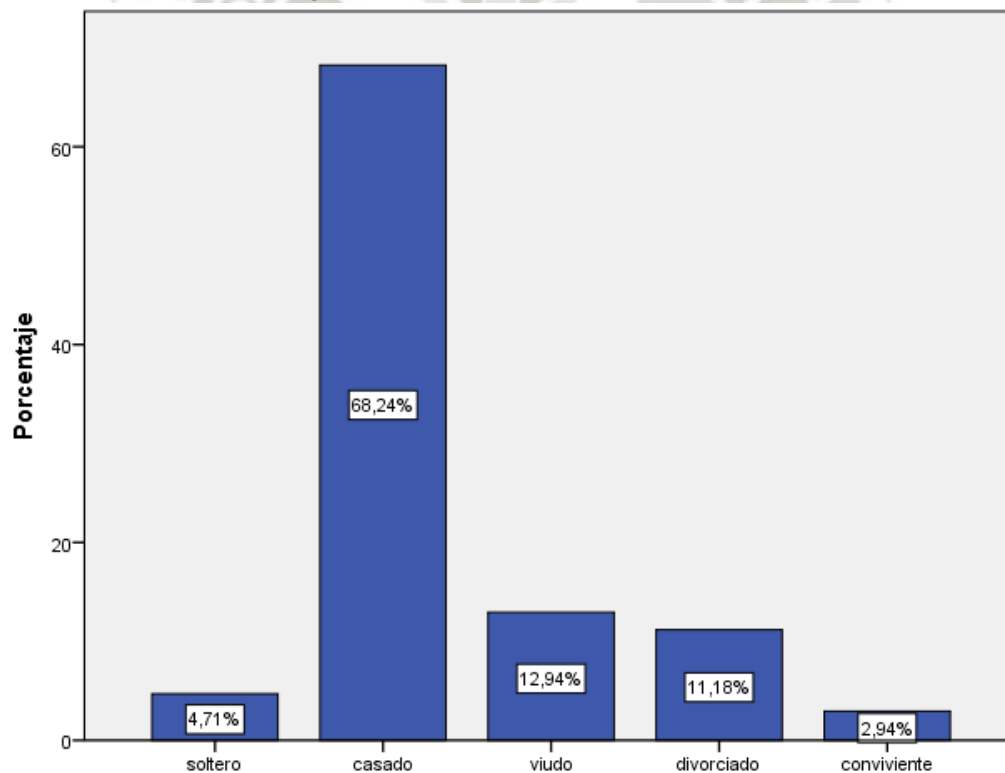
- El sexo predominante es el sexo femenino 79.4%, seguido del sexo masculino 20.6%.

**CARACTERÍSTICAS GENERALES, SINTOMAS DEPRESIVOS Y CALIDAD  
DE VIDA DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LOS CENTROS DEL  
ADULTO MAYOR DE ESSALUD. AREQUIPA, 2014.**

**Tabla 04. Distribución por estado civil.**

<b>Estado civil</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
soltero	8	4,7
casado	116	68,2
viudo	22	12,9
divorciado	19	11,2
conviviente	5	2,9
	170	100,0

**Gráfico 03. Distribución por estado civil.**



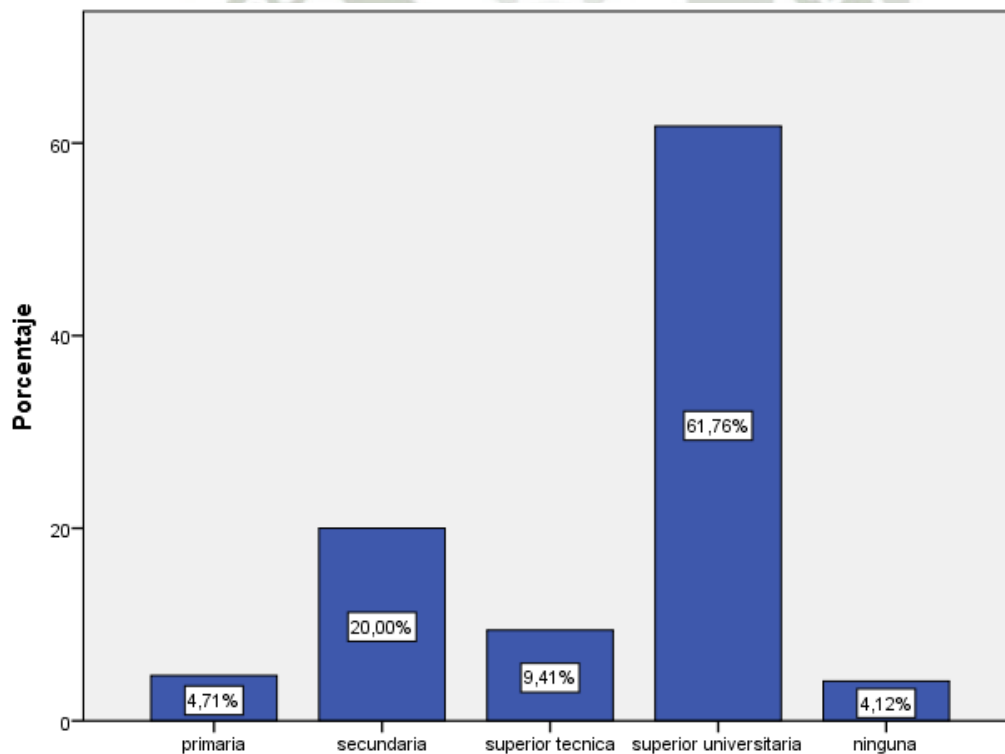
- El estado civil predominante es casado 68.2%, seguido a éste los que enviudaron 12.9%.

**CARACTERÍSTICAS GENERALES, SINTOMAS DEPRESIVOS Y CALIDAD  
DE VIDA DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LOS CENTROS DEL  
ADULTO MAYOR DE ESSALUD. AREQUIPA, 2014.**

**Tabla 05. Distribución por grado de instrucción.**

<b>Grado de Instrucción</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
primaria	8	4,7
secundaria	34	20,0
superior técnica	16	9,4
superior universitaria	105	61,8
ninguna	7	4,1
	170	100,0

**Gráfico 04. Distribución por grado de instrucción.**



- La mayoría tiene un grado de instrucción superior universitario 61.8%, seguido a éste los de educación secundaria, 20%.

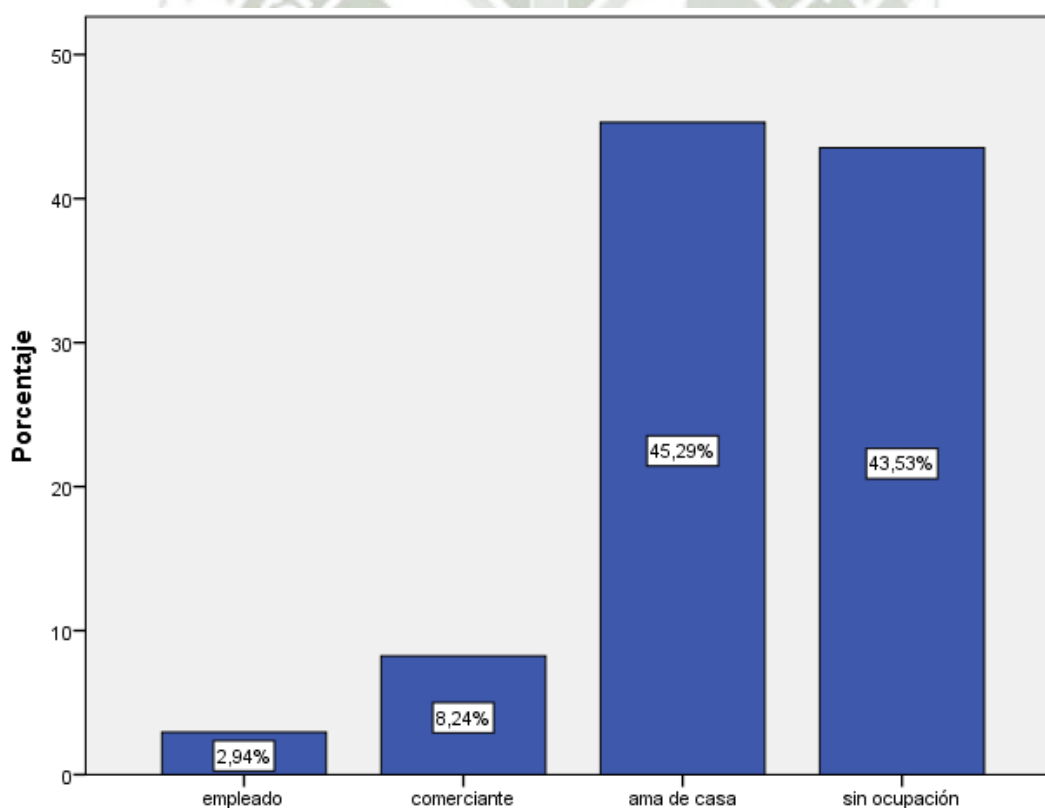


**CARACTERÍSTICAS GENERALES, SINTOMAS DEPRESIVOS Y CALIDAD  
DE VIDA DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LOS CENTROS DEL  
ADULTO MAYOR DE ESSALUD. AREQUIPA, 2014.**

**Tabla 06. Distribución por ocupación.**

Ocupación	N°	%
empleado	5	2,9
comerciante	14	8,2
ama de casa	77	45,3
sin ocupación	74	43,5
	170	100,0

**Gráfico 05. Distribución por ocupación.**



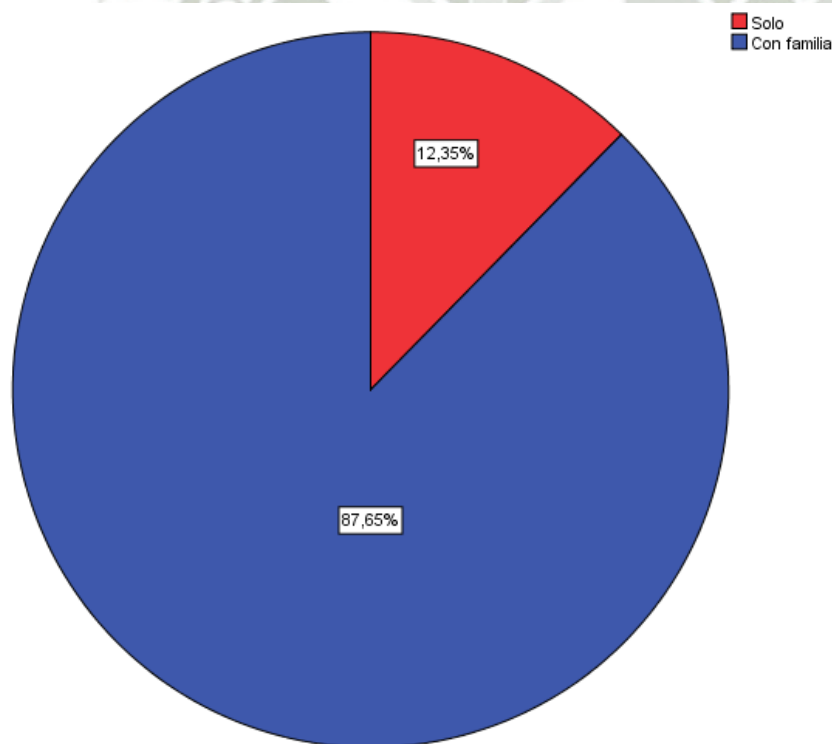
- La ocupación predominante es ser ama de casa ,45.3%; seguido a éste los que no refirieron ocupación alguna, 43.5%

**CARACTERÍSTICAS GENERALES, SINTOMAS DEPRESIVOS Y CALIDAD  
DE VIDA DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LOS CENTROS DEL  
ADULTO MAYOR DE ESSALUD. AREQUIPA, 2014.**

**Tabla 07. Distribución por convivencia.**

<b>Convivencia</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Solo	21	12,4
Con familia	149	87,6
	170	100,0

**Gráfico 06. Distribución por convivencia.**



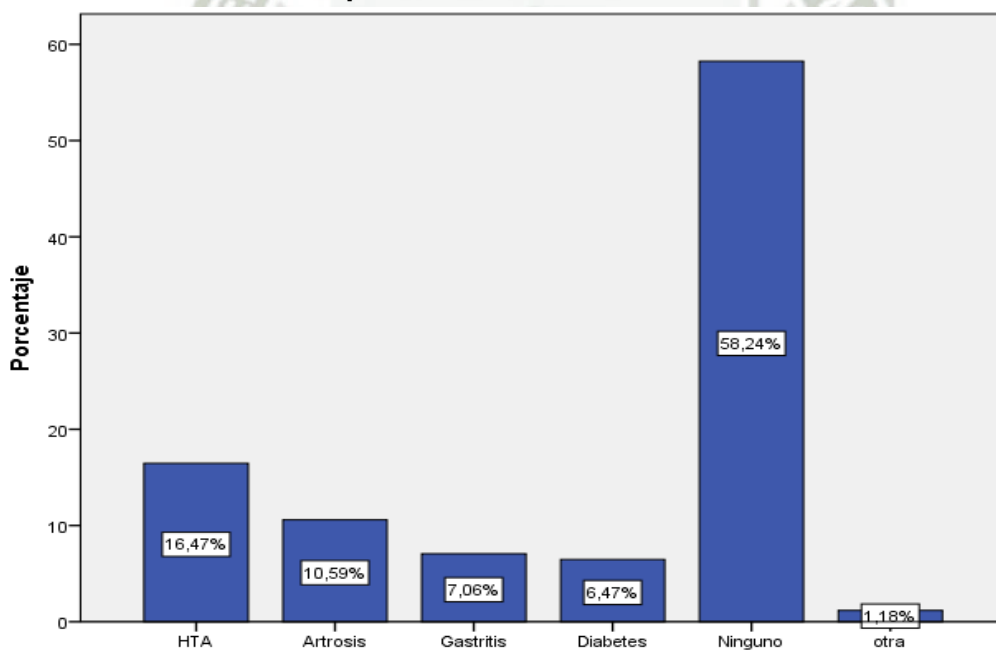
- Con relación a la convivencia la predominante es “con familia”, 87.6%.

**CARACTERÍSTICAS GENERALES, SINTOMAS DEPRESIVOS Y CALIDAD  
DE VIDA DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LOS CENTROS DEL  
ADULTO MAYOR DE ESSALUD. AREQUIPA, 2014.**

**Tabla 08. Distribución por comorbilidad.**

<b>Comorbilidad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
HTA	28	16,5
Artrosis	18	10,6
Gastritis	12	7,1
Diabetes	11	6,5
Ninguno	99	58,2
Otra	2	1,2
	170	100,0

**Gráfico 07. Distribución por comorbilidad.**



- La mayoría de los adultos mayores no presenta comorbilidad 58.2%, seguido a éstos los que presentan hipertensión arterial 16.5% y luego artrosis 10.6%.

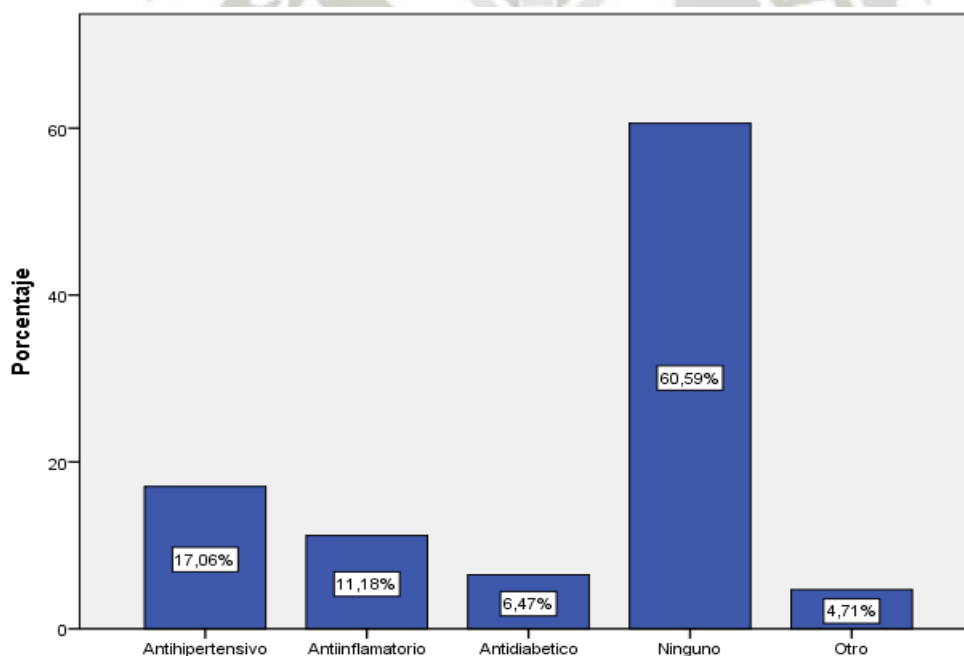


**CARACTERISTICAS GENERALES, SINTOMAS DEPRESIVOS Y CALIDAD  
DE VIDA DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LOS CENTROS DEL  
ADULTO MAYOR DE ESSALUD. AREQUIPA, 2014.**

**Tabla 09. Distribución según farmacoterapia.**

<b>Farmacoterapia</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Antihipertensivo	29	17,1
Antiinflamatorio	19	11,2
Antidiabetico	11	6,5
Ninguno	103	60,6
Otro	8	4,7
	170	100,0

**Gráfico 08. Distribución según farmacoterapia.**



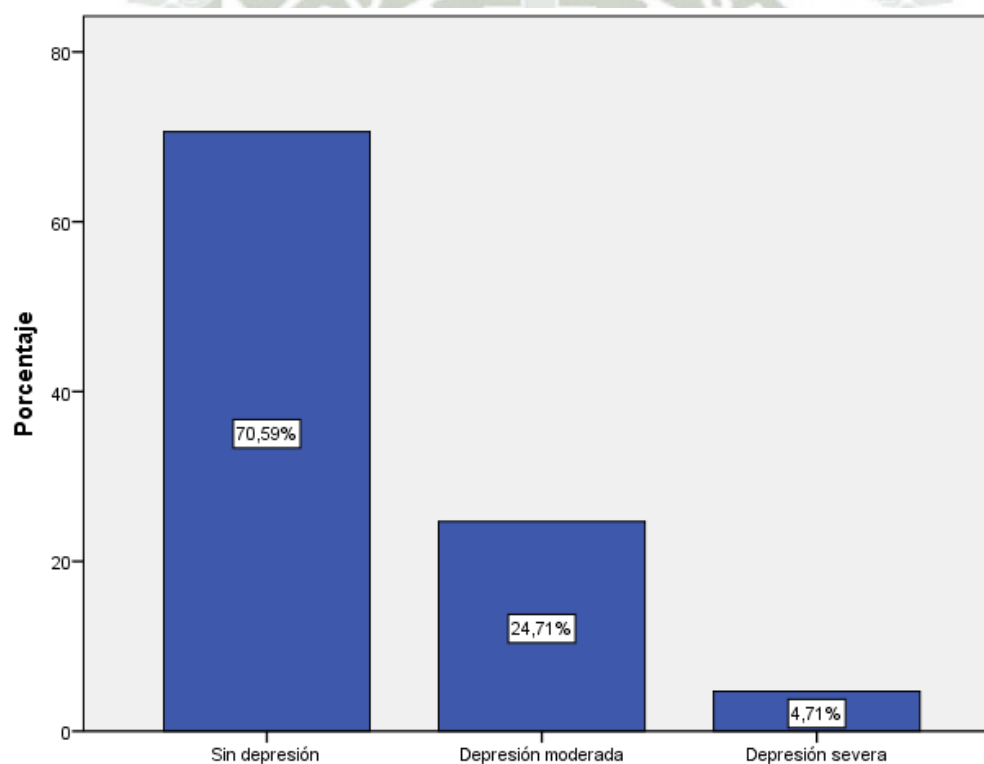
- La mayoría de los adultos mayores no reciben farmacoterapia 60.6%, seguido a éstos los que reciben antihipertensivos 17.%, y luego antiinflamatorios 11.2%.

**CARACTERÍSTICAS GENERALES, SINTOMAS DEPRESIVOS Y CALIDAD  
DE VIDA DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LOS CENTROS DEL  
ADULTO MAYOR DE ESSALUD. AREQUIPA, 2014.**

**Tabla 10. Nivel de depresión según la escala de Yesavage.**

<b>Nivel de depresión</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Sin depresión	120	70,6
Depresión moderada	42	24,7
Depresión severa	8	4,7
	170	100,0

**Gráfico 09. Nivel de depresión según la escala de Yesavage.**



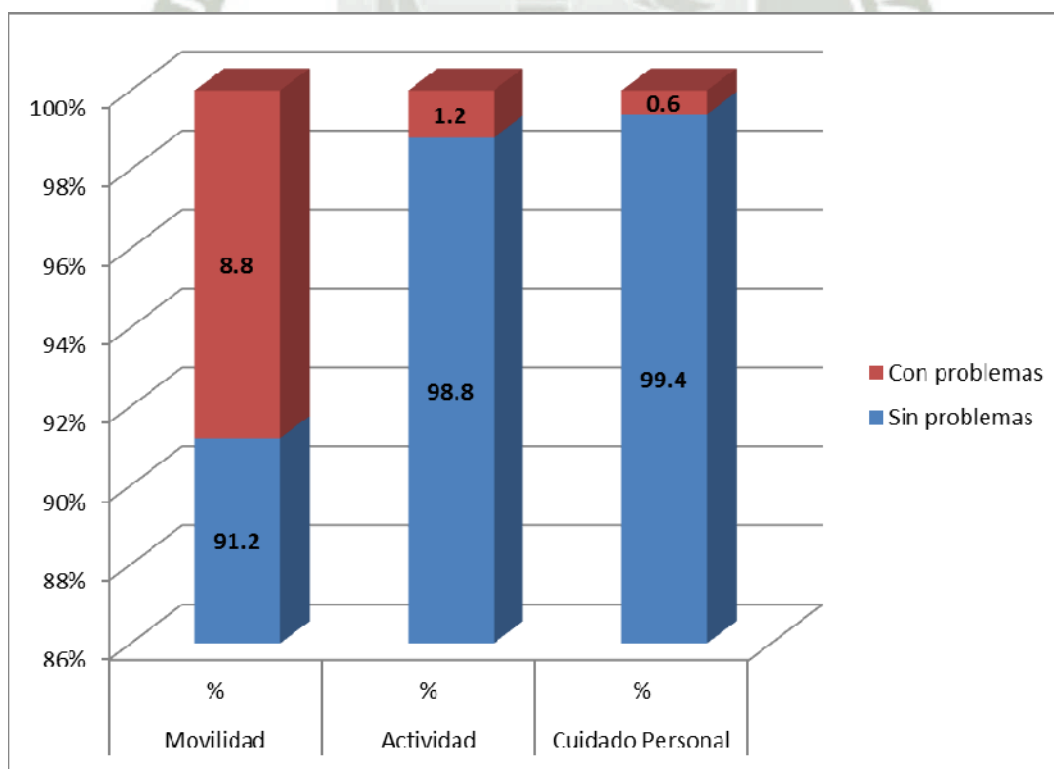
- La mayoría de los adultos mayores no presentan depresión 70.6%, seguido a éstos los que presentan depresión moderada 24.7%, y luego los que presentan depresión severa, 4.7%.

**CARACTERÍSTICAS GENERALES, SINTOMAS DEPRESIVOS Y CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LOS CENTROS DEL ADULTO MAYOR DE ESSALUD. AREQUIPA, 2014.**

**Tabla 11. Calidad de Vida usando EuroQol-5D: Dimensión movilidad, actividades cotidianas y cuidado personal del EuroQol-5D.**

	Movilidad		Actividades cotidianas		Cuidado Personal	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sin problemas	155	91,2	168	98,8	169	99,4
Con problemas	15	8,8	2	1,2	1	0,6
	170	100,0	170	100,0	170	100,0

**Gráfico 10. Calidad de Vida usando EuroQol-5D: Dimensión movilidad, actividades cotidianas y cuidado personal del EuroQol-5D.**

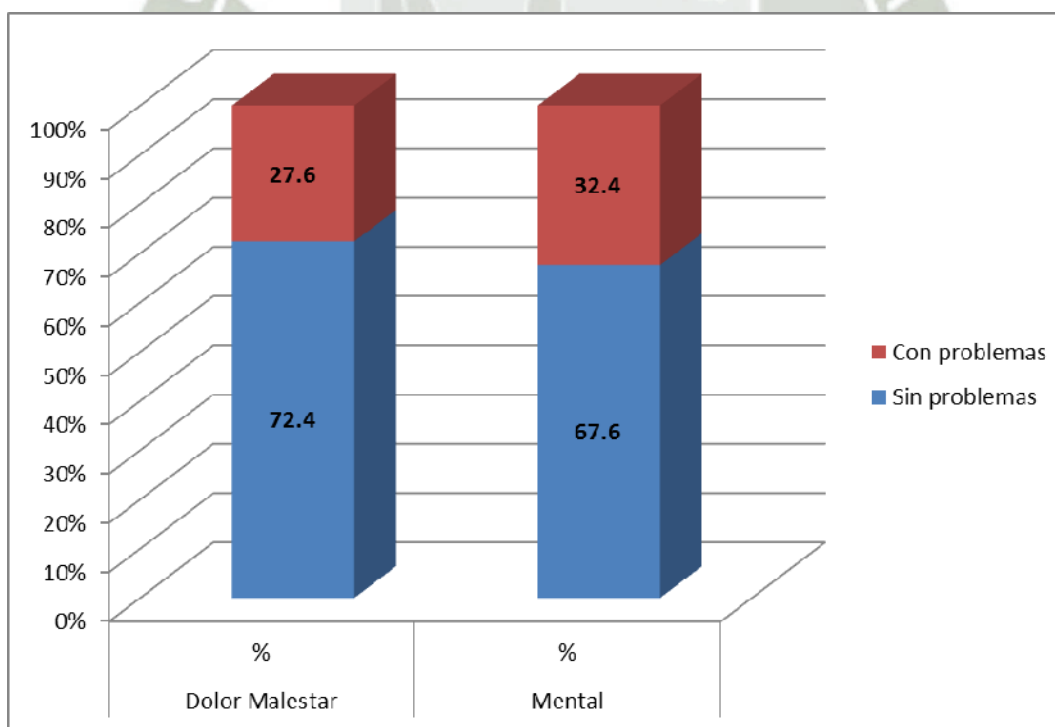


**CARACTERISTICAS GENERALES, SINTOMAS DEPRESIVOS Y CALIDAD  
DE VIDA DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LOS CENTROS DEL  
ADULTO MAYOR DE ESSALUD. AREQUIPA, 2014.**

**Tabla 12. Calidad de Vida usando EuroQol-5D: Dimensión dolor/malestar y  
mental del EuroQol-5D.**

	Dolor/malestar		Mental	
	N°	%	N°	%
Sin problemas	123	72.4	115	67.6
Con problemas	47	27.6	55	32.4
	170	100,0	170	100,0

**Gráfico 11. Calidad de Vida usando EuroQol-5D: Dimensión  
dolor/malestar y mental del EuroQol-5D.**



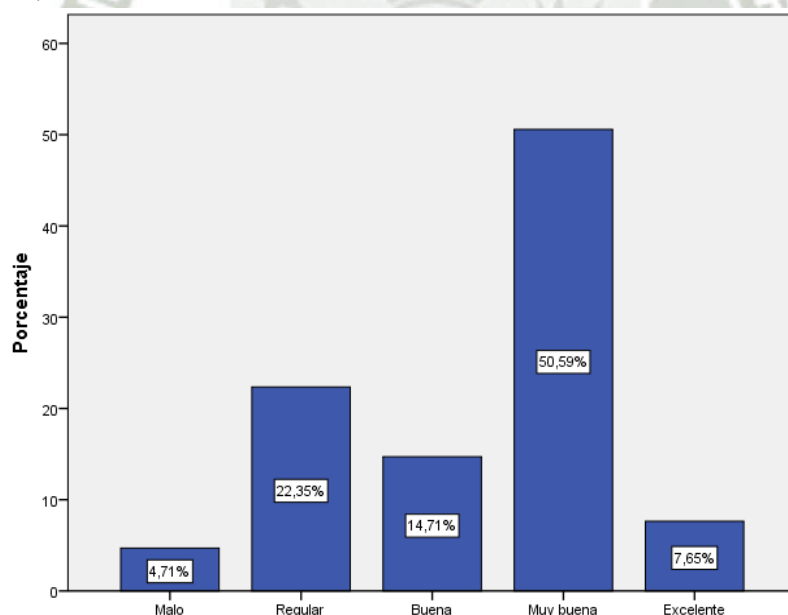


**CARACTERISTICAS GENERALES, SINTOMAS DEPRESIVOS Y CALIDAD  
DE VIDA DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LOS CENTROS DEL  
ADULTO MAYOR DE ESSALUD. AREQUIPA, 2014.**

**Tabla 12. Calidad de Vida usando EuroQol-5D: Evaluación Cualitativa del  
EuroQol-5D.**

<b>Evaluación cualitativa</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Malo	8	4,7
Regular	38	22,4
Buena	25	14,7
Muy buena	86	50,6
Excelente	13	7,6
	170	100,0

**Gráfico 11. Calidad de Vida usando EuroQol-5D: Evaluación Cualitativa  
del EuroQol-5D.**



-Los adultos mayores presentaron una evaluación cualitativa del EuroQol-5D de excelente 7.6%, muy buena 50.6%, buena 14.7%, regular 22.4% y mala 4.7%.

**CARACTERISTICAS GENERALES, SINTOMAS DEPRESIVOS Y CALIDAD  
DE VIDA DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LOS CENTROS DEL  
ADULTO MAYOR DE ESSALUD. AREQUIPA, 2014.**

**Tabla 13. Nivel de depresión y Calidad de Vida.**

		<b>Sin depresión</b>	<b>Depresión moderada</b>	<b>Depresión severa</b>	<b>Chi<sup>2</sup></b>
<b>Calidad de vida</b>	Mala	0	1	7	169.88 p=0001
	Regular	14	23	1	
	Buena	17	8	0	
	Muy buena	76	10	0	
	Excelente	13	0	0	
		120	42	8	

- Al relacionar el nivel de calidad de vida en todas sus categorías y los niveles de depresión encontramos una relación significativa negativa, es decir que la relación va a mejor calidad de vida menores niveles de depresión.

**CARACTERISTICAS GENERALES, SINTOMAS DEPRESIVOS Y CALIDAD  
DE VIDA DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LOS CENTROS DEL  
ADULTO MAYOR DE ESSALUD. AREQUIPA, 2014.**

**Tabla 14. Factores asociados al nivel de depresión.**

Factores asociados		Depresión			Chi <sup>2</sup>	P
		Sin depresión	Depresión moderada	Depresión severa		
<b>Grupo Etéreo</b>	De 61 a 65	29	0	0	31.04	0.001
	de 66 a 70	40	7	3		
	De 71 a 75	45	35	5		
	Más de 75	6	0	0		
<b>Sexo</b>	Femenino	93	35	7	0.98	0.612
	Masculino	27	7	1		
<b>Estado Civil</b>	Soltero	5	3	0	22.73	0.004
	Casado	86	25	5		
	Viudo	8	13	1		
	Divorciado	16	1	2		
	Conviviente	5	0	0		
<b>Grado de Instrucción</b>	Primaria	7	0	1	15.10	0.057
	Secundaria	25	5	4		
	Sup. Técnica	12	4	0		
	Universitaria	69	33	3		
	Ninguna	7	0	0		
<b>Ocupación</b>	Empleado	5	0	0	7.779	0.255
	Comerciante	11	2	1		
	Ama De Casa	57	19	1		
	Sin Ocupación	47	21	6		
<b>Convivencia</b>	Solo	6	11	4	23.89	0.001
	Con familia	114	31	4		
<b>Comorbilidad</b>	SI	38	27	6	15.39	0.000
	No	81	16	2		

-Dentro de los factores evaluados, al relacionarlos con los niveles de depresión se obtuvo que existe significancia estadística en la edad ( $p=0.001$ ), el estado civil (0.004), la convivencia ( $p=0.001$ ), y la comorbilidad ( $p=0.001$ ); sin embargo en las características como el sexo, el grado de instrucción y la ocupación no se encontró asociación significativa.



### **CAPITULO III**

### **DISCUSION Y COMENTARIOS**



## DISCUSION Y COMENTARIOS

Se ha demostrado que existe un número limitado de personas que acuden a los servicios de salud por motivos relacionados a su salud mental y específicamente por problemas de depresión, cuando presentan esos problemas básicamente ocultan el padecimiento o recurren a familiares y/o amigos (1). Generalmente los adultos mayores no realizan una búsqueda de solución a su problema en centros especializados o consultorios médicos para su salud mental debido a que no tienen conocimiento del lugar donde puedan solicitar ayuda y además del inmenso estigma social que presentan relacionado a los trastornos mentales (2).

Esté trabajo de investigación incluyó un total de 170 participantes, pertenecientes a los diferentes centros del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Arequipa. La edad de los mismos comprendían entre 62 y 78 años (Media: 70 +/- 3.9). El grupo etáreo preponderante fue el de 71 a 75 años (50%), seguido por el de 66 a 70 años (29.4%). Se encontró que la mayoría de adultos mayores era del sexo femenino 79.4%. En un estudio español con muestreo aleatorio sistematizado donde evaluaron el nivel de depresión en ancianos encontraron que el 47.7% de los participantes fueron hombres y el 52.3% mujeres (3).

En relación a sus características socio-demográficas encontramos que la mayoría, 68.2%, se encontraba casado; 61.8% tenían un grado de instrucción superior universitario, seguido a éste los de educación secundaria completa, 20%. Dentro de la ocupación que actualmente desempeñan, la mayoría de los participantes refirió ser ama de casa ,45.3%; seguido a éstos los que no

refirieron ocupación alguna, 43.5%; es posible que estas dos categorías se puedan agrupar en una ya que la primera también se podría considerar como parte de la segunda haciendo 88.8% del total de participantes. Respecto a las comorbilidades que padecen los adultos mayores, más de la mitad, 58.2%, refirieron no padecer alguna o desconocer, 16.5% mencionaron hipertensión arterial, 10.6% artrosis. Dentro de la farmacoterapia que reciben se encontró que 60% no recibe ningún tipo de medicación, 17.1% terapia antihipertensiva, 11.2% antiinflamatorios.

La medición de la prevalencia de depresión usando encuestas poblacionales es una forma que se viene utilizando durante los últimos años en gran frecuencia y ha resultado útil, ya que por lo general, las estimaciones que se realizan en los establecimientos de salud, sean de nivel primario o de nivel especializado, nos dan una proporción subestimada de este problema. En nuestra población de todos los participantes, 70.6% no padece ningún grado de depresión; dentro del restante, 24.7% padece un nivel de depresión moderada y 4.7% depresión severa. En comparación a otros estudios, encontrados que en esta población tenemos un nivel similar, porque en la literatura se ha visto que los niveles de depresión en el adulto mayor varían de 21% a 56% (4)(5)(6). Esta gran variación de depresión en estudios donde también se aplica la misma escala que utilizamos en el nuestro se debe a que los lugares donde se aplicaron están encaminados al primer nivel de atención, son pequeñas o incluyen pacientes ambulatorios (6).

Existen otros trabajos de investigación donde se encontró que la población anciana posee algún grado de depresión entre 10 a 15%. Estos valores se incrementan cuando el adulto mayor ingresa a un centro de atención

permanente, ya sean asilos o instituciones similares, es por ello que una recomendación para las personas mayores de 65 años es que éstos estén conviviendo en un medio que conocen y donde ya saben desenvolverse, brindando la mayor ayuda posible y eliminando los elementos que puedan ir en contra de él o su ambiente que puedan generar estados depresivos (7). Los Centro del Adulto Mayor de EsSalud son espacios de encuentro generacional orientados a mejorar el proceso del envejecimiento, mediante el desarrollo de programas de integración familiar, intergeneracional, socioculturales, recreativos, productivos y de estilos de vida para un envejecimiento activo (8); lugares como éste pueden servir para mantener un nivel de actividad moderado y acorde con la edad y capacidades del adulto mayor evitando que caigan en estados depresivos.

Dentro de las dimensiones evaluadas mediante el Euroqol-5D, se categorizaron los resultados en si es que padecían o no problemas: Movilidad, se tuvo que 91.2% no tiene problemas; en realización de actividades cotidianas 98.8% no presenta inconvenientes, respecto al cuidado personal 99,4% no muestra dificultades; en relación a si presentan algún tipo de dolor o malestar se encontró que 27.6% presenta algún problema, y respecto a la autopercepción se su salud mental 32% refirió presentar algún tipo de problema. En un estudio en adultos de zonas rurales de un país asiático donde se evaluó la calidad de vida relacionada a la salud mediante el mismo instrumento se encontró que el valor medio del índice fue de 0.884 +/- 0.140, relacionándose directamente con las características socioeconómicas, el estado de salud y la autopercepción de la salud global (9). Esta encuesta también presenta una Escala Visual Análoga que evalúa la autopercepción de la calidad de vida en una escala que se



categorizó en 5 niveles: Excelente, muy buena, buena, regular y mala; teniendo 7.6%, 50.6%, 14.7%, 22.4% y 4.7% respectivamente. Al relacionar el nivel de calidad de vida en todas sus categorías y los niveles de depresión encontramos una relación altamente significativa negativa, es decir que la relación va a mejor calidad de vida menores niveles de depresión. En estudios donde también se relaciona la evaluación de depresión con la calidad de vida relacionada a la salud, se encontró 26.9% de depresión en un grupo de pacientes que estaban en rehabilitación visual (10). Otro estudio donde se buscó encontrar la calidad de vida relacionada a la salud ésta se vio afectada por la prescripción de medicamentos inadecuados, y por comorbilidades como dislipidemia e hipertensión arterial (11).

Dentro de los factores evaluados sociodemográficos y que mencionados al inicio, al relacionarlos con los niveles de depresión se obtuvo que existe significancia estadística en la edad ( $p=0.001$ ), el estado civil (0.004), la convivencia ( $p=0.001$ ), y la comorbilidad ( $p=0.001$ ); sin embargo en las características como el sexo, el grado de instrucción y la ocupación no se encontró asociación significativa. Se encuentra que los problemas de sueño, la insatisfacción vital, la baja autoestima, las deficiencias físicas y el problema en la ejecución de tareas son síntomas que predominan en el trastorno depresivo; así como la presencia de somatizaciones y sentimientos de ser una carga, se convierten en aspectos claves para determinar el diagnóstico clínico de la depresión en adultos mayores (12). Es por ello que en este estudio fueron variables que también entraron al estudio aunque no todas fueron evaluadas, por lo que se podría encontrar dentro de las limitantes. En muchos ámbitos se considera que la cultura juega un papel primordial en los síntomas depresivos,



sobre todo, en lo relacionado con la falta de apoyo por parte de los entes sociales como son la familia y la sociedad, principalmente, debido a que éstos son los centros de las primeras socializaciones de los seres humanos.





#### **CAPITULO IV**

#### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES

PRIMERA: Las características generales de los adultos mayores entrevistados fueron que: el promedio de edad fue de 70 años, en su mayoría de sexo femenino, con un grado de instrucción superior universitario y se encontraban casados, predominantemente no presentaban alguna comorbilidad y no recibían ninguna medicación.

SEGUNDA: En la evaluación del nivel de depresión; el 24.7% padece un nivel de depresión moderada y el 4.7% depresión severa según el instrumento utilizado.

TERCERA: La calidad de vida autopercebida por los adultos mayores en la mitad de ellos fue muy buena, y las dimensiones de movilidad, actividades cotidianas y cuidado personal fueron las dimensiones donde menos problemas se identificaron.

CUARTA: Se demostró la relación que a mejor calidad de vida menor nivel de depresión en los pacientes evaluados.

QUINTA: Se determinó que a menor edad, el estar casado y la convivencia familiar se relacionan con un menor nivel de depresión.

## RECOMENDACIONES

PRIMERA: El proceso de vigilancia del nivel de depresión y la calidad de vida de los adultos mayores debería ser un proceso permanente para lograr identificar cualquier problema en una etapa temprana y así poder realizar intervenciones oportunas.

La referida recomendación debe ser cumplida por la Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud del Ministerio de Salud, responsable de la salud de los peruanos comprendidos en la Etapa de Vida Adulto Mayor reconociendo que una adecuada calidad de vida contribuye a una buena salud física y mental, reduciendo los niveles de depresión. Dicha entidad genera el marco normativo rector para su desarrollo contribuyendo a la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud a nivel nacional, regional y local con énfasis en la etapa de vida denominada adulto mayor.

Igualmente, el Programa Vida Digna del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables articula y complementa acciones para fortalecer los servicios de los centros de atención residencial y brinda servicios de atención básica y especializada para las personas adultas mayores que se encuentren en situación de calle y abandono, coordinando para ello con actores institucionales como: Sociedades de Beneficencia Pública, instituciones benéficas, el sector privado, organizaciones de voluntariado e instituciones públicas.



SEGUNDA: Deberá ejecutarse estudios similares al presente, en otros centros de salud de la Región Arequipa en la perspectiva de replicarse en otras Regiones del país, estando comprometidos en esta tarea el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Gobierno Regional de Arequipa, Municipalidades Provinciales de Arequipa, Universidades Públicas y Privadas y organismos no gubernamentales.

TERCERA: Deberá planificarse y desarrollarse estrategias de apoyo y orientación al adulto mayor, que permitan la prevención de cuadros depresivos o afectación de alguna dimensión en su calidad de vida.

El responsables de la implementación de este aspecto, es también el Ministerio de Salud mediante el cumplimiento efectivo de la Ley N° 27408 referida a la Atención preferente al Adulto Mayor, constituye obligación del Gobierno Regional Arequipa la formulación de planes de corto, mediano y largo plazo en torno al adulto mayor, programando proyectos orientados a mejorar su calidad de vida con énfasis en la prevención de cuadros depresivos, así como su ejecución mediante la Gerencia de Desarrollo Social y la Dirección Regional de Salud. Del mismo modo la Municipalidad Provincial de Arequipa deberá planificar, organizar, dirigir, ejecutar y supervisar los servicios vinculados a la salud física y mental en el marco del bienestar del adulto mayor.

## BIBLIOGRAFIA

1. Medina-Mora ME, Rascón ML, Tapia R, Mariño M, Juárez F, Villatoro J et al. Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *An Inst Mex Psiquiatr* 1992; 3:48-55.
2. Caraveo J, Martínez N, Rivera B, Polo A. Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. *Salud Ment* 1997;20:15-23.
3. Buendía, J., Marín, A. R., & Navas, I. L. (2006). Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de la depresión en ancianos. *Psicothema*, 18(2), 288-292.
4. García-Serrano MJ, Tobías-Ferrer J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. *Perfil del anciano en riesgo. Aten Primaria* 2001; 27(7):484-488.
5. Raccio-Robak N, McErlean MA, Fabacher DA, Milano PM, Verdile VP. Socioeconomic and health status differences between depressed and non depressed ED elders. *Am J Emerg Med* 2002;20(2):71-73.
6. Meldon WS, Emerman CL, Moffa DA, Schubert DS. Utility of clinical characteristics in identifying depression in geriatric ED patients. *Am J Emerg Med* 1999;17:522-525 Meldon WS, Emerman CL, Moffa DA, Schubert.
7. Oquendo González María Elena, Soublet Maestri Oria. ¿Es la depresión un problema de salud en un hogar del adulto mayor?. *Rev Cubana Enfermer.* 2003 Ago; 19(2).

8. Centro del Adulto Mayor –CAM. EsSalud. 2014. Disponible en:  
<http://www.essalud.gob.pe/adulto-mayor/>
9. Han, M. A., Ryu, S. Y., Park, J., Kang, M. G., Park, J. K., & Kim, K. S. (2008). Health-related quality of life assessment by the EuroQol-5D in some rural adults. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 41(3), 173-180.
10. Horowitz A, Reinhardt JP, Kennedy GJ. Major and subthreshold depression among older adults seeking vision rehabilitation services. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13(3):180-187.
11. Mera, F., Mestre, D., Almeda, J., Ferrer, A., Formiga, F., & Rojas Farreras, S. (2011). Paciente anciano y medicación crónica inapropiada en la comunidad, ¿somos conscientes de ello?. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 46(3), 125-130.
12. Riquelme, A., Buendía, J y Ruiz, J.A. (2004). Estructura diferencial de la depresión en ancianos. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos verdadero milagro. Grupo Familia y Desarrollo, Línea Vejez Sana y Patología. Caracas: Universidad Simón Bolívar.
13. Chapman DP., Perry GS. Depression as a major component of public health for older adults. *Prev Chronic Dis* 2008;5(1) Disponible: [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/jan/07\\_0150.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/jan/07_0150.htm).
14. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM IV TR) MASSON, S. A. 2002



15. Alexopoulos GS, Kiess DN, Klimstra S. La presentación clínica de “depresión y síndrome de disfunción ejecutiva” en la tercera edad. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;10:98-106.
16. Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 307–11.
17. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113: 372–87.
18. Prince MJ, Reischies F, Beekman AT, Fuhrer R, Jonker C, Kivela SL, et al. Development of the EURO-D scale – a European Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *Br J Psychiatry* 1999; 174:330–8.
19. Copeland JR, Beekman AT, Braam AW, Dewey ME, Deles paul P, Fuhrer R, et al. Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World Psychiatry* 2004; 3: 45–9.
20. Alvarado BE, Zunzunegui MV, Beland F, Sicotte M, Tellechea L. Social and genderine qualities in depressives symptoms among urban older adults of Latin America and the Caribbean. *J Gerontol B Psychol SciSocSci* 2007; 62:S226–36.
21. Guerra M, Ferri C, Sosa AL, et al. Late-life depression in Peru, Mexico and Venezuela: the 10/66 population based study. *Br J Psychiatry* 2009;195:510-151
22. Guía de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el tratamiento de las personas con depresión. 2008:103-108.



23. Becca RL and Mahzarin RB. Implicit Ageism. In: Nelson TD. Ageism. Stereotyping and prejudice against older persons. Ed. A Bradford Book. Massachusetts 2002:49-75.
24. Lockwood KA, Alexopoulos GS, van Gorp WG. Executive dysfunction in geriatric depression. Am J Psychiatry 2002;159:1119-1126.
25. Beautrais AL. A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. Suicide Life Threat Behav 2002;2:1-9.
26. Martínez J, Onís MC, et al. Versión española del cuestionario de Yesavege (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. MEDIFAM. España. 2002;12(10):26-40.
27. American Psychiatric Association. Practice guide line for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). Am. J. Psychiatry. 2000;157:1-45
28. Reynolds CF, Dew MA, Pollock BC, Mulsant BH, Frank E, et al. Maintenance treatment of mayor depression in old age. N Eng J Med 2006;354:1130-1138.
29. Kimmel, Paul. Just whose quality of life is it any way? Controversies and consistencies in measurements of quality of life. 2000, Kidney International, Vols. 57 - Suppl. 74, pp. 113 – 120.
30. Fernández- Ballesteros, R. (1997) Calidad de vida en la vejez: Condiciones diferenciales. Anuario de Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona, N° 73 (1007), 89-104.
31. Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotion. American Psychologist, 56, 218-226.

32. Pfeffer et al. (1982). Measurement of functional activities in older adults in the community. *Journal of Gerontology*, 37 (3), 323-329.
33. Pinguat M, Sörensen S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. *Psychology and aging*, 15(2):187-224.
34. Guyatt G, Veldhuyzen SJ, Feeny D, Patrick D.L. Measuring quality of life in clinical Trials: a taxonomy and review. *Can Med Assoc J* 1989; 140; (12)1441:1448.
35. Herdman M, Badia X y Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria* 2001. 15 de octubre. 28 (6): 425-429
36. Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *MedClin (Barc)* 1999; 112 (Supl 1): 79-86.
37. Wu AW, Jacobson DL, Berzon RA et al. The effect of mode of administration on medical outcomes study health ratings and EuroQol scores in AIDS. *Qual Life Res* 1997; 6: 3-10.
38. Morera Salas Melvin, Cascante Arguedas Mario, Elizondo Zúñiga Ligia. Medición de la calidad de vida de un grupo de personas de la tercera edad del Hospital de Guápiles: una aplicación del instrumento Euroqol-5D. *Rev. cienc. adm. financ. segur. soc.* 2005 Ene [citado 2014 Ene 22] ; 13(1): 33-43. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409).

39. Mercedes Azpiazu Garrido et al. Factores asociados al mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. Rev Esp Salud Pública 2002, Vol. 76, N.º 6.
40. Castro-Costa E, Dewey M, Stewart R, Banerjee S, Huppert F, Mendonca- Lima C, et al. Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries: the SHARE study. Br J Psychiatry 2007; 191: 393–401.
41. Guerra M, Ferri C, Sosa AL, et al. Late-life depression in Peru, México and Venezuela: the 10/66 population based study. Br J Psychiatry 2009;195:510-151.
42. Molina Sena, Cristina, Meléndez Moral, Juan Carlos, Navarro Pardo, Esperanza. Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. Anales de Psicología 2008, 24 (Diciembre): Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16711589014>> ISSN.



# Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



**TITULO:**

**“CARACTERISTICAS GENERALES, SINTOMAS DEPRESIVOS Y CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LOS CENTROS DEL ADULTO MAYOR DE ESSALUD. AREQUIPA, 2014”**

Proyecto de Investigación presentado por:

Leopoldo Jesús Gálvez Límaco.

Para obtener el Título Profesional de:

Médico – Cirujano

**Arequipa- Perú**

**2014**



**INDICE :**

I.	PREAMBULO.....	44
II.	PLANTEAMIENTO TEORICO.....	45
	<b>Problema de investigación.....</b>	<b>45</b>
	<b>Marco conceptual.....</b>	<b>49</b>
	<b>Análisis de antecedentes investigativos.....</b>	<b>61</b>
	<b>Objetivos.....</b>	<b>65</b>
	<b>Hipótesis.....</b>	<b>65</b>
III.	PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	66
	<b>Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.....</b>	<b>66</b>
	<b>Campo de verificación.....</b>	<b>66</b>
	<b>Estrategia de recolección de datos.....</b>	<b>68</b>
IV.	CRONOGRAMA DE TRABAJO.....	71
V.	BIBLIOGRAFIA.....	72
VI.	ANEXOS.....	77

## **CARACTERISTICAS GENERALES, SINTOMAS DEPRESIVOS Y CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LOS CENTROS DEL ADULTO MAYOR DE ESSALUD. AREQUIPA, 2014.**

### **I. PREAMBULO**

El grupo de pacientes geriátricos son los que más afectados se ven a nivel de su salud, no sólo en cuanto al estado físico, sino también al estado mental; ya que muchos de ellos al ver disminuida su estado de sociabilización, llegan a sentirse abandonados.

Durante mi experiencia de pregrado pude observar como este grupo de personas, ya sea en la consulta médica u hospitalización, tenía desatendida la parte de salud mental, es decir; poco o nada se preocupaban por su estado emocional, existiendo pacientes con enfermedades crónicas que incluso no tenían apoyo de algún familiar. Pese a que esta es una realidad observada a diario en los hospitales, no tenemos datos exactos en la mayoría de casos en ambientes alejados del nosocomio, como son los asilos o sitios donde ellos pueden congregarse, por ejemplo; los centros del adulto mayor.

Por ello, es que veo la necesidad de investigar en esta área, más específicamente en relación a síntomas de depresión y si es que la misma guarda relación alguna con la calidad de vida asociados a su estado de salud actual o si es que son otros los factores que pudieran estar asociados en el sitio mencionado al final del párrafo anterior.

## II. PLANTEAMIENTO TEORICO

### 1. Problema de Investigación

#### Enunciado del problema

¿Cuáles son las características generales, síntomas depresivos y calidad de vida de adultos mayores que acuden a los Centros del Adulto Mayor de EsSalud. Arequipa, 2014?

#### Descripción del Problema

##### a. Área del Conocimiento

**Campo** : Ciencias de la salud

**Área** : Medicina Humana

**Especialidad** : Psiquiatría

**Línea** : Salud Mental

##### b. Análisis u Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	VALOR	TIPO DE VARIABLE
Características generales	Edad	Años cronológicos	Numérica
	Sexo	Masculino Femenino	Categórica nominal
	Estado Civil	Soltero Casado Viudo Conviviente Divorciado	Categórica nominal
	Grado de Instrucción	Primaria Secundaria Superior Técnica Superior Universitaria Ninguna	Categórica nominal



	Ocupación	Comerciante Ama de casa Sin ocupación Otra	Categórica nominal
	Convivencia	Solo Con familia Otra	Categórica nominal
	Comorbilidad	Hipertensión Arterial Diabetes Otra	Categórica nominal
	Tratamiento farmacológico	Descripción del tratamiento que recibe	Cualitativa
Depresión	Escala de depresión geriátrica de Yesavage	Normal Depresión Moderada Depresión Severa	Categórica nominal
Calidad de vida relacionada con la salud	EuroQol 5-D, evalúa en 5 dimensiones: Movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor, mental	Sin problema Problema moderado Problema grave	Categórica nominal



**c. Interrogantes Básicas:**

- ¿Cuáles son las características generales: edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ocupación, convivencia, comorbilidad y tratamiento farmacológico en ancianos que acuden a los Centros del Adulto Mayor de EsSalud de Arequipa, 2014?
- ¿Cuál es el nivel de depresión en ancianos que acuden a los Centros del Adulto Mayor de EsSalud de Arequipa, 2014?
- ¿Cuál es la calidad de vida en ancianos que acuden a los Centros del Adulto Mayor de EsSalud de Arequipa, 2014?
- ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y la depresión en ancianos que acuden a los Centros del Adulto Mayor de EsSalud de Arequipa, 2014?
- ¿Existe relación entre la depresión y las características generales en ancianos que acuden a los Centros del Adulto Mayor de EsSalud de Arequipa, 2014?

**d. Tipo de Investigación:** Observacional, prospectivo, transversal, analítico

**e. Nivel de Investigación:** Relacional

**f. Justificación:**

**Relevancia Social:** En la actualidad observamos que la población geriátrica va en aumento y se estima que seguirá así durante varios decenios, además la parte de la salud mental es un área poco atendida y más en este grupo poblacional por lo que urgen estudios y medidas en este campo.

**Relevancia Contemporánea:** La depresión es uno de los problemas más graves de este siglo, y tenemos que tener datos actualizados para poder tomar las medidas adecuadas de acuerdo al grupo poblacional.

**Relevancia Científica:** Esta investigación formaría parte de la colección científica de información en relación a la enfermedad a estudiar, la depresión, y sus factores asociados, para así en futuros estudios tomarlos como referencia.

**Factibilidad:** La realización de este estudio no supone un gasto considerable, y además se tiene acceso a las instituciones donde se realizará el mismo.

**Originalidad:** Si bien es cierto que existen muchos estudios de depresión en ancianos, hasta el momento no se ha encontrado ningún estudio que evalúe la misma en asociación a la calidad de vida relacionada con la salud.

## 2. MARCO CONCEPTUAL

### 2.1 DEPRESION

#### 2.1.1 DEPRESION: definición y diagnostico

La depresión es una enfermedad que altera de manera intensa los sentimientos y los pensamientos. La forma más frecuente de manifestarse es: tristeza, decaimiento, sensación de incapacidad para afrontar las actividades y retos diarios, y la pérdida de interés en actividades que previamente resultaban placenteras (1), es así que en forma teórica la Asociación Psiquiátrica Americana, en su versión del DSM-IV (manual diagnóstico y estadístico, cuarta versión), incluye los criterios para depresión, con la finalidad de precisar los síntomas que presentarían los pacientes afectados por esta enfermedad en diferentes grados:

Episodio Depresivo Mayor: definido como: (2)

A. Al menos cinco de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de estos síntomas es ánimo deprimido o anhedonia.

1. Ánimo deprimido casi todo el día, casi cada día, sugerido por reporte subjetivo o por la observación de otros.
2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (anhedonia, apatía).
3. Significativo aumento o pérdida de peso (más de 5% del peso corporal en un mes), o disminución o incremento en el apetito casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación psicomotora o enlentecimiento casi cada día (observable por otros, no la sensación subjetiva).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada casi cada día.



8. Disminución de la capacidad para concentrarse o pensar, o marcada indecisión, casi cada día.

9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico, o un intento de suicidio, o un plan específico para cometerlo.

Los síntomas causan alteraciones clínicamente significativas o entorpecen el funcionamiento social, ocupacional o en otra área importante, asimismo estos no deben ser parte a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej., abuso de drogas, medicación) ni a una condición médica general (ej., hipotiroidismo). Tampoco los síntomas no son mejor explicados por un duelo, aunque este puede complicarse por un cuadro depresivo. (2)

### **2.1.2 Etiología y fisiopatología**

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión.

Hay relaciones entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión, y viceversa.

La fisiopatología subyacente al trastorno depresivo mayor (depresión mayor) no ha sido aclarada. Estudios clínicos y preclínicos señalan como factor relevante la alteración de la actividad de serotonina (5-HT) en el sistema nervioso central (SNC). Otros neurotransmisores implicados son la noradrenalina (NA) y la dopamina (DA).

La importancia en la fisiopatología de la depresión mayor de la actividad de la serotonina en el SNC se sustenta en la eficacia obtenida por los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en el tratamiento de la depresión mayor. Además, existen estudios que señalan que la disminución de triptófano en los



pacientes estudiados en remisión, que ocasiona un descenso temporal de las concentraciones de serotonina en el SNC, puede producir una recaída aguda o transitoria de los síntomas depresivos. Las neuronas serotoninérgicas implicadas en trastornos afectivos se localizan en el núcleo dorsal del rafe, el sistema límbico y la corteza prefrontal izquierda.

La experiencia clínica indica que en la depresión mayor existe una interacción compleja entre la disponibilidad del neurotransmisor, la regulación y la sensibilidad del receptor y los síntomas afectivos. Ciertas drogas como la cocaína que solo producen una elevación brusca de los neurotransmisores disponibles, no son eficaces como antidepresivos a largo plazo. Además, por lo general es necesario administrar el antidepresivo durante varias semanas para conseguir un cambio en la sintomatología. Esto junto a los hallazgos preclínicos, implica la regulación a largo plazo de los receptores neuronales en respuesta a un aumento de la disponibilidad de neurotransmisores.

Está demostrado que los programas de prevención reducen la depresión. Entre las estrategias comunitarias eficaces para prevenirla se encuentran los programas escolares de prevención del maltrato infantil o los programas para mejorar las aptitudes cognitivas, sociales y de resolución de problemas de los niños y adolescentes.

Las intervenciones dirigidas a los padres de niños con problemas de conducta pueden reducir los síntomas depresivos de los padres y mejorar los resultados de sus hijos. Los programas de ejercicio para las personas mayores también son eficaces para prevenir la depresión.

### 2.1.3 DEPRESION Y SU IMPLICANCIA EN EL ADULTO MAYOR

Al considerar la depresión en el adulto mayor se debe tener en cuenta algunas consideraciones especiales, puesto que los trastornos depresivos en este grupo de edad tiene una alta prevalencia, y puede ser explicado por factores psicosociales, donde la disminución de actividad física y psíquica con la muerte de amigos y familiares tiene un gran impacto; somáticas, ya que con frecuencia coexisten múltiples patologías orgánicas que implican a su vez diversos tratamientos; esto implicará considerar variables farmacológicas y económicas adicionales; la coexistencia con la demencia, puesto que sus síntomas frecuentemente se confunden y se agravan mutuamente y finalmente factores terapéuticos, pues los potenciales efectos colaterales de los psicofármacos, así como con las posibles interacciones derivadas de la polifarmacia usual en este grupo etáreo pueden traer consecuencias desfavorables. (3)

#### 2.1.3.1 Prevalencia de la depresión

El estudio de la prevalencia de depresión en el anciano es variable en relación a la evaluación clínica realizada para el diagnóstico, así como también depende de la población estudiada: pacientes de la consulta externa, hospitalizados y crónicamente institucionalizados, población general, etc.

Según los criterios incluidos en el DSM-IV, los estudios reportan una prevalencia que varía entre 1.3% a 2.8%, (4,5) Estudios europeos utilizando la escala de depresión Euro-D, hallaron una prevalencia del 26.1% a 31.2%, (6,7) el estudio latinoamericano SABE, (8) varía de 16.5% a 30.1% en mujeres mientras que en varones es menor (11.8% a 19.6%). El grupo 10/66 (9) ha encontrado que Perú, México y Venezuela comparten una prevalencia similar a la de Europa y a la del SABE.

Los ancianos que con menor frecuencia presentan sintomatología depresiva, son aquellos estudiados en la comunidad, seguidos por

los evaluados en un contexto médico; los que acuden a consulta externa, los que tienen hospitalización breve y por último, los pacientes en institucionalización prolongada. Lo anterior se explica en función de los factores de riesgo que caracterizan a cada uno de estos grupos de población y su entorno. Pese a la elevada prevalencia de la depresión, se estima que sólo un 10% de los ancianos que la sufren reciben un tratamiento adecuado. (10)

### **2.1.3.2 Clínica y factores de riesgo**

La depresión en el anciano con frecuencia difiere en su presentación comparada con otras etapas de la vida, hay mayor comorbilidad, que oculta o disimula manifestaciones a través de quejas somáticas, así como a la presencia de deterioro cognoscitivo. Para diagnosticarla, es necesario identificar primero aquellos aspectos de la vida que solía disfrutar el paciente particularmente, y posteriormente interrogarle sobre su capacidad de disfrute actual de tales situaciones. (11)

El insomnio es un síntoma de los trastornos del ánimo, que siempre debe investigarse, en algunas personas se puede observar, una clara alteración en las funciones cognoscitivas como: enlentecimiento psicomotor y alteración de la memoria de trabajo y disminución en la fluidez verbal. (12,13)

Es importante hacer hincapié en la evaluación de la funcionalidad, tanto para las actividades básicas de la vida cotidiana (alimentación, higiene, traslado, vestido, continencia de esfínteres); como actividades instrumentales cotidianas (compras, manejo de finanzas, empleo del teléfono, traslado en el exterior). Otro grupo de síntomas que con relativa frecuencia acompañan a la depresión grave son los síntomas psicóticos. Las ideas suicidas deben ser consideradas una urgencia médica y habitualmente requieren hospitalización y/o una vigilancia estrecha por los familiares y supervisión médica. (13)



Por la elevada frecuencia de síntomas depresivos en el adulto mayor, es muy útil, desde la consulta de primer nivel, agregar de rutina al examen mental una evaluación del estado de ánimo, teniendo en mente las manifestaciones clínicas propias del síndrome depresivo. Es recomendable aplicar un instrumento clinimétrico como la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), es autoaplicable de 30 preguntas, de respuestas dicotómicas (Si – No). Fue diseñada para valorar depresión en adultos mayores con y sin alteración cognoscitiva; ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español. (14)

#### **2.1.3.3 Tratamiento**

El tratamiento de la depresión en el anciano no es homogéneo; requiere un abordaje altamente individualizado. Su historia personal y su comorbilidad particularizan el cuadro. Importa hacer notar que el uso de antidepresivos en los adultos mayores es bajo, comparado con los reportes de depresión en este grupo etario, lo cual sugiere que la depresión es subdiagnosticada y poco tratada. (15)

Partiendo de que los antidepresivos son semejantes en eficacia, al escoger alguno, es importante considerar su interacción farmacológica, efectos colaterales y vida media, en cada consulta es importante reevaluar los resultados, optimizar la comunicación con el enfermo y sus familiares acerca del diagnóstico, tratamiento, evolución, y en relación a la latencia de la respuesta y los posibles efectos secundarios del tratamiento.(16) Es necesario que el profesional de la salud adquiera conciencia de la necesidad del trabajo interdisciplinario al enfrentarse a la población anciana enferma.



## 2.2 CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

### 2.2.1 Definición

La calidad de vida es definida en forma práctica como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que permite realizar actividades y mantener una sensación positiva de su vida. La medición de la misma es subjetiva debido a estar influenciada por la personalidad y el entorno en el cual se desarrolla el individuo.

Según la OMS, la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influenciado de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno". (17)

### 2.2.2 Implicancias en el adulto mayor (18)

La calidad de vida en las personas mayores tiene características específicas en las que no intervienen factores propios de otros grupos de edad, por ejemplo, el retiro laboral, aumento en la presencia de enfermedades crónicas, amenazas a la funcionalidad, cambio en las estructuras familiares y en los roles sociales, entre otros, esta especificidad va a depender del contexto demográfico, histórico, cultural, político y social en el cual se experimente la vejez. (19)

Se considera que al utilizar el concepto de calidad de vida en el estudio de la vejez y el envejecimiento, se debe tener en cuenta tres premisas claves. En primer lugar, la especificidad del concepto según su contexto de referencia, en este caso la vejez, que presenta diferencias con los otros grupos de edad en cuanto a aspectos y factores que configuran e intervienen la idea de calidad de vida. En segundo lugar, la multidimensionalidad de la calidad de vida, lo que

significa que es preciso tomar en consideración tanto factores personales, como socio ambientales o externos, factores que varían de acuerdo a la edad de las personas. Finalmente, el concepto de calidad de vida en la vejez, al igual que en todas las edades, debe considerar tanto aspectos subjetivos como objetivos, es decir, tanto las apreciaciones, valoraciones y evaluaciones sobre las distintas dimensiones de la calidad de vida, como los aspectos objetivos de las mismas.

Del mismo modo la calidad de vida contempla múltiples factores, entre ellos la dimensión personal (salud, autonomía, satisfacción) y la dimensión socio ambiental (redes de apoyo y servicios sociales). Entonces, se puede convenir que las características de género, sociales y socioeconómicas determinan tanto las condiciones de vida de los individuos como sus expectativas y valoraciones, y en consecuencia su apreciación sobre qué es una buena o mala calidad de vida. Toda persona mayor, incluso en los casos más extremos, puede aspirar a mayores grados de satisfacción y bienestar. (19,20)

La calidad de vida considera indicadores objetivos para poder medirse en la realidad. Se trata de aspectos observables que contribuyen al bienestar, como por ejemplo: los servicios con que cuenta la persona, presencia de enfermedades, el nivel de renta, acceso a bienes, vínculos y relaciones familiares, entre otros. Pero del mismo modo implica aspectos subjetivos como las valoraciones, juicios y sentimientos del adulto mayor en relación a su propia vida, tales como: búsqueda de trascendencia, aceptación a los cambios, percepción de bienestar, percepción sobre la discriminación y el rol del adulto mayor en la sociedad, entre otros. (21)

Para aproximarse al concepto de calidad de vida, una que incluye la percepción subjetiva y las características objetivas y otra que se centra sólo en lo subjetivo, considera que observar la calidad de vida como algo puramente subjetivo puede llevar suponerla en alguien que reportara ser completamente feliz viviendo en la extrema

pobreza, por lo que propone que para hablar de calidad de vida desde el punto de vista subjetivo sería necesario primero que las personas tuvieran cubiertas las necesidades mínimas, como alimentación, vivienda, servicios básicos, entre otros.

La combinación de componentes subjetivos y objetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida “objetivas” de una persona, junto a la satisfacción que ésta experimenta frente a estos múltiples factores.

### **2.2.3 Instrumento para medir la Calidad de Vida: Cuestionario EuroQol**

Los instrumentos de medida de la Calidad de Vida se clasifican en instrumentos genéricos e inespecíficos (22). Estos instrumentos se emplean con el propósito de discriminar entre sujetos afectados, predecir el pronóstico o resultado de una intervención y evaluar los posibles cambios en el tiempo, que permitiría valorar la supervivencia frente a tratamientos o intervenciones. Los instrumentos de tipo genéricos no están relacionados con ningún tipo de enfermedad y son aplicables a la población general y a grupos de pacientes. Se subdividen en tres subgrupos: las medidas de ítem único, los perfiles de salud y las medidas de utilidad o preferencia.

#### **Cuestionario EuroQol (23)**

Este cuestionario al grupo de instrumentos genéricos, desde su concepción, el EuroQol-5D (EQ-5D) se diseñó como un cuestionario sencillo que pudiera ser administrado en condiciones muy variadas de medición: por correo, auto administrado o por entrevista, pero que también facilitara la obtención de valores de preferencia de los individuos por una serie de estados de salud. De esta manera, además de la medición de la salud en dimensiones físicas, psicológicas y sociales, propósito fundamental de los instrumentos de Calidad de Vida.



Hay otros cuestionarios con estas características pero el EQ-5D es el único que ha sido adaptado y validado para su uso en español. (24)

El EQ-5D puede utilizarse tanto en individuos relativamente sanos (población general) como en grupos de pacientes con diferentes patologías. El propio individuo valora su estado de salud, primero en niveles de gravedad por dimensiones (sistema descriptivo) y luego en una escala visual analógica (EVA) de evaluación más general y un tercer elemento del EQ-5D es el índice de valores sociales que se obtiene para cada estado de salud generado por el instrumento.

- El sistema descriptivo contiene cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y cada una de ellas tiene tres niveles de gravedad (sin problemas, algunos problemas o problemas moderados y problemas graves). En esta parte del cuestionario el individuo debe marcar el nivel de gravedad correspondiente a su estado de salud en cada una de las dimensiones; en cada dimensión del EQ-5D, los niveles de gravedad se codifican con un 1 si la opción de respuesta es «no (tengo) problemas »; con un 2 si la opción de respuesta es «algunos o moderados problemas»; y con un 3 si la opción de respuesta es «muchos problemas». (23)

La combinación de los valores de todas las dimensiones genera números de 5 dígitos, habiendo 243 combinaciones –estados de salud– posibles, que pueden utilizarse como perfiles.

- La segunda parte del EQ-5D es una EVA vertical de 20 centímetros, milimetrada, que va desde 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable). En ella, el individuo debe marcar el punto en la línea vertical que mejor refleje la valoración de su estado de salud global en el día de hoy. El uso de la EVA proporciona una puntuación complementaria al sistema descriptivo de la autoevaluación del estado de salud del individuo. (23)



- El índice de valores de preferencias para cada estado de salud se obtienen a partir de estudios en población general o en grupos de pacientes en los cuales se valoran varios de los estados de salud generados por el EQ-5D utilizando una técnica de valoración como el time trade-off. El índice oscila entre el valor 1 (mejor estado de salud) y el 0 (la muerte), aunque existen valores negativos para el índice, correspondientes a aquellos estados de salud que son valorados como peores que la muerte.

A la hora de presentar los resultados obtenidos con el EQ- 5D existen varias posibilidades, y la manera óptima de presentar los resultados dependerá de la parte del instrumento (sistema descriptivo, EVA o índice) en cuestión.

- Para el sistema descriptivo el análisis más sencillo es la descripción por dimensiones mediante proporciones de individuos con problemas, ya sea en porcentajes de los niveles de gravedad en cada dimensión o bien agregando los niveles 2 y 3 para dar dos categorías de pacientes, con y sin problemas, en una determinada dimensión.
- En el caso de la EVA, el valor otorgado al estado de salud global es una medida cuantitativa que permite comparar medias o medianas entre grupos y cambios en el tiempo (por ejemplo, antes y después de cierto tiempo de iniciado un tratamiento o intervención). El uso de medias o medianas, así como de las medidas de dispersión correspondientes, dependerá de la distribución de las puntuaciones,

El EQ-5D se desarrolló inicialmente para ser auto administrado, es decir, para que el propio sujeto leyera, interpretara y respondiera los enunciados de los ítems de un cuestionario. Este es el modo de administración preferido en estudios clínicos. Sin embargo, el instrumento también se puede administrar en forma de entrevista personalizada, con cambios menores en las instrucciones de administración y la formulación de las preguntas, y se ha descrito que

existen pocas diferencias en las puntuaciones obtenidas con los dos modos de administración. (25)

Algunas ventajas del cuestionario EQ-5D es que se trata de un instrumento corto y sencillo de rellenar; el tiempo de administración es de aproximadamente 2-3 minutos y su validación comprobada en numerosos estudios que permitieron medir sus propiedades psicométricas. (23)



### 3. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

#### **Medición de la calidad de vida de un grupo de personas de la tercera edad del hospital de guápiles: una aplicación del instrumento EUROQOL-5D (26)**

Melvin Morera Salas\*, Mario Cascante Arguedas\* y Ligia Elizondo Zúñiga\*

El objetivo del estudio fue analizar la percepción de los estados de salud de un grupo de la tercera edad del Hospital de Guápiles. Materiales y métodos: Estudio no experimental de corte transversal. Se aplicó EuroQol-5D a un grupo de 30 personas de la tercera edad del Hospital de Guápiles. Se utilizó un análisis descriptivo para caracterizar la población entrevistada y presentar los principales resultados de las variables de la Euroqol-5D. Resultados: el 47.7% y más de la muestra, señaló tener un estado de salud igual y superior a 95, en contraste con un 10% que reportó estados de salud con niveles inferiores de 50. En cuanto al registro del estado de salud actual en comparación con los últimos doce meses, 67% (20 casos) de las personas encuestadas manifestaron que su estado de salud hoy, es igual o mejor, que hace 12 meses. Con respecto a las dimensiones y niveles, las respuestas se concentraron en los niveles 1 y 2, mostrando ausencia o moderados problemas de salud en las dimensiones.

#### **Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años (27)**

Mercedes Azpiazu Garrido et al.

El trabajo tuvo como objetivos, contribuir a un mejor conocimiento de los principales factores que influyen en la calidad de vida y la percepción de la salud de los mayores de 65 años, así como determinar qué ventajas y desventajas presenta cada uno de los tres instrumentos de medida de la salud y la calidad de vida frente a los otros dos instrumentos utilizados. Métodos: A partir de 911 encuestas a personas mayores de 65 años no institucionalizadas, realizadas a domicilio, se hizo un análisis multivariante mediante regresión logística, poniendo en relación los resultados obtenidos en el Perfil de Salud de Nottingham (PSN), el Euroqol y el EAS con las características socio demográficas, el nivel de recursos económicos, el



grado de apoyo socio familiar, el estado de salud física y mental y la capacidad funcional. Resultados: Los principales factores que se asocian con la percepción de un mal estado de salud y mala calidad de vida en el Euroqol y el PSN son los trastornos de ansiedad (Odd Ratios entre 1,8 (IC:1,2-2,8) para movilidad y 7,9 (IC:4,5-13,9) para Perfil\_11111), trastornos depresivos (OR:1,8 (IC:1,3-2,6) para dolor/malestar -3,3 (IC:2,1-5,1) para aislamiento social, falta de ejercicio (OR:1,4 (IC:1-2,1) para ansiedad/depresión -3,9 (IC:2,5-6,2) Conclusiones: La salud mental y la capacidad funcional son los factores que más influyen en la percepción del estado de salud y la calidad de vida de las personas mayores. Dado que los tres instrumentos utilizados han obtenido resultados semejantes, el Euroqol ofrece ventajas por su brevedad, incluyendo una valoración global y por dimensiones.

### **Prevalencia de síndromes y síntomas depresivos en la edad avanzada en diez países europeos. Estudio SHARE (28)**

Castro-Costa E, Dewey M, Stewart R, Banerjee S, Huppert F, Mendonca-Lima C et al.

El objetivo del estudio fue determinar la variación de la prevalencia de los síntomas y síndromes depresivos en diez países europeos. Utilizaron Cuestionario auto administrado EURO- D conformado por 12 ítems, en muestras representativas a nivel nacional en personas  $\geq 50$  años ( $n = 22\,777$ ). Se consideró los efectos de la edad, el género, la educación y el funcionamiento cognitivo en los síntomas individuales y puntuaciones de los factores EURO -D. Las tasas de prevalencia de depresión específicos de cada país y las puntuaciones medias de los factores fueron re-estimados y ajustadas. Resultados La prevalencia de los síntomas fue mayor en los países hispanohablantes, especialmente los síntomas relacionados con la motivación. Las mujeres tuvieron una mayor puntuación en el sufrimiento afectivo; las personas mayores y las personas con alteración de la fluidez verbal puntuaron más alto en la motivación. Conclusiones La prevalencia de síntomas individuales según el EURO -D y de probable depresión (punto de corte  $\geq 4$ ) varió constantemente entre los países. La normalización de los



efectos de la edad, el género, la educación y la función cognitiva sugieren que estos factores compositivos no explicarían la variación observada.

### **Depresión en el Adulto Mayor en Perú, México y Venezuela: estudio basado en la población 10/66 (29)**

Guerra M, Ferri C, Sosa AL, et al.

La depresión es común entre las personas de edad avanzada y una causa importante de discapacidad en todo el mundo. El objetivo del estudio fue estimar la prevalencia, la correlación con la depresión en el anciano, discapacidad asociada y el acceso al tratamiento en cinco lugares de América Latina. Se realizó una encuesta a 5.886 personas de 65 años de edad de las localidades urbanas y rurales en Perú y México y un sitio urbano en Venezuela. Se identificó la depresión según el DSM- IV y la CIE-10 criterios, el Geriatric MentalState–AutomatedGeriatricExaminationforComputerAssistedTaxonomy (GMS–AGECAT) y el EURO-D. Resultados para la depresión mayor según el DSM- IV la prevalencia global varió entre el 1,3% y el 2,8 % en el sitio , episodio depresivo según CIE- 10, entre 4,5% y 5,1 % , según el GMS-AGECAT detectó depresión entre 30,0 % y 35,9 % y para EURO- D encontró depresión entre 26,1 % y 31,2 % , por lo tanto , no había una prevalencia considerable de depresión clínicamente significativa más allá de la identificada por el CIE -10 y los criterios de diagnóstico DSM -IV. La mayoría de las personas mayores con depresión nunca recibieron tratamiento. Conclusiones: La brecha terapéutica plantea un reto significativo para América, los sistemas de salud de América, con su relativamente débil servicio de atención y dependencia de especialistas privados, además se podrían establecer estudios de costo-efectividad para la inversión en salud mental en el sector gubernamental.

### **Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados (30)**

Cristina Molina Sena, Juan Carlos Meléndez Moral, Esperanza Navarro Pardo

La mejora de la calidad de vida debe constituir un objetivo prioritario en la intervención con las personas mayores. De este modo y como objetivo general para nuestro trabajo se analizaron las diferencias que existen en una muestra de 111 ancianos institucionalizados y no institucionalizados, en uno de los elementos que componen la calidad de vida, el bienestar. Como principales resultados destacaron el inferior nivel de satisfacción que tienen los institucionalizados en los aspectos relacionales así como la insatisfacción que les producen los aspectos relativos a la seguridad. Además, se observó que mientras en el bienestar psicológico no existen diferencias entre ambos grupos, los factores propios del bienestar subjetivo mostraron diferencias, siendo las puntuaciones de los ancianos institucionalizados inferiores.



#### 4. Objetivos

##### Objetivo general:

- Determinar las características generales, síntomas depresivos y calidad de vida de adultos mayores que acuden a los Centros del Adulto Mayor de EsSalud. Arequipa, 2014.

##### Objetivos específicos

1. Determinar las características generales: edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ocupación, convivencia, comorbilidad y tratamiento farmacológico en ancianos que acuden a los Centros del Adulto Mayor de EsSalud de Arequipa, 2014
2. Determinar el nivel de depresión en ancianos que acuden a los Centros del Adulto Mayor de EsSalud de Arequipa, 2014.
3. Determinar la calidad de vida en ancianos que acuden a los Centros del Adulto Mayor de EsSalud de Arequipa, 2014
4. Determinar la relación entre la calidad de vida y la depresión en ancianos que acuden a los Centros del Adulto Mayor de EsSalud de Arequipa, 2014
5. Determinar la relación entre la depresión y las características generales en ancianos que acuden a los Centros del Adulto Mayor de EsSalud de Arequipa, 2014

#### 5. Hipótesis

Dado que los ancianos sufren estados depresivos mayores que la población general es posible que este esté relacionado a una mala calidad de vida y a determinadas características generales.



### III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. Técnicas, Instrumentos y Materiales de Verificación

- **Técnicas:** Encuesta tipo entrevista
- **Instrumentos**
  - o Ficha de recolección de datos
  - o Encuesta de depresión geriátrica de Yesavage
  - o Encuesta EuroQol-5D para calidad de vida.
- **Materiales de Verificación**
  - o Ficha de recolección datos
  - o Impresión de los instrumentos
  - o Material de escritorio
  - o Computadora personal
  - o Sistema Operativo Windows 7
  - o Paquete Office 2010 para Windows
  - o Programa SPSS para Windows v.18

#### 2. Campo de Verificación:

##### 2.1. Ubicación Espacial:

El estudio se llevará a cabo en los Centros del Adulto Mayor de Essalud de Arequipa: La Victoria, Zamácola y Miguel Grau; los cuales se encuentran en la ciudad de Arequipa.

##### 2.2. Ubicación Temporal:

Este estudio se llevará a cabo durante el mes de febrero del 2014.

##### 2.3. Unidades de Estudio

Las unidades de estudio estarán conformadas por la información obtenida por cada adulto mayor participante del estudio.

##### 2.3.1. Población

La población se encuentra conformada por todos los asistentes a los centros del adulto mayor. Quienes en total son 680 personas.

### 2.3.2. Muestra y Muestreo

Se realizará un muestreo no sistematizado utilizando la fórmula de tamaño muestral para una proporción en una población finita o conocida.

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

N=tamaño de la población: 680 personas

$\alpha$ =Error alfa: 0.05

1- $\alpha$ = Nivel de confianza: 0.95

Z (1- $\alpha$ )= 1,96

p= Prevalencia de depresión: 0.20

q= Complemento de p: 0.8

d= Precisión: 0.05

**n=Tamaño de la muestra: 153.75: 154 adultos mayores.**

Considerando una tasa del 10% (16) de llenados incompletos y/o encuestas no válidas, el tamaño muestral llega a 170 adultos mayores. La población se va a distribuir de la siguiente manera según los tres distintos Centros del Adulto Mayor:

- 70 adultos adultos mayores provenientes de La Victoria.
- 80 adultos mayores provenientes de Zamácola.
- 20 adultos mayores provenientes de Miguel Grau.

### 2.3.3. Criterios de Selección

- **Criterios de Inclusión**
  - Mayores de 65 años
  - Adultos mayores mentalmente independientes – Corroborado mediante el test de Pfeiffer. (anexo)
  - Que acepten participar del estudio

- **Criterios de Exclusión**

- Adultos mayores que sufran de enfermedades mentales
- Adultos mayores que reciban medicación sedante.

**3. Estrategia de Recolección de Datos**

**3.1. Organización**

Se realizarán las coordinaciones con la dirección de los Centros del Adulto Mayor de Essalud de Arequipa para la autorización respectiva. Se realizará la recolección de datos y una vez concluida, estos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

**3.2. Recursos**

**3.2.1. Recursos Humanos**

**Investigador:** Leopoldo Jesús Gálvez Límaco

**Asesora:** Maribel Hilda Chuquipalla Zamalloa

**3.2.2. Recursos Físicos**

- Fichas impresas de recolección de datos generales del encuestado.
- Fichas impresas de las encuestas del Test de Pfiffer, Depresión y Calidad de Vida.
- Computadora personal con sistema operativo Windows 7, paquete Office 2010 y paquete estadístico SPSS v.18.
- Material de escritorio.

**3.2.3. Recursos Financieros**

- Recursos del propio autor.

**3.3. Validación de los instrumentos**

- La ficha de recolección de datos no requiere validación por tratarse de una ficha de información.
- Para la medición de la depresión se usará la escala de Depresión Geriátrica (GDS), la que fue creada por Yesavage et al. , la misma que ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores. El



cuestionario original es una encuesta de 30 preguntas, donde se debe responder a las preguntas por “sí” o “no” con respecto a cómo se sintieron en la última semana.

En las preguntas 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 y 30 se les considera puntaje de 1 a la respuesta “no” y en las preguntas 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 y 28 se les considera puntaje de 1 a la respuesta “sí”. El puntaje de 0 a 9 se considera normal, de 10 a 19 se considera depresión moderada y de 20 a 30 puntos depresión severa. Cuando el puntaje va de 10 a 14 se considera como depresión con una sensibilidad de 84% y una especificidad de 95% y a un puntaje mayor de 14 se considera depresión con una sensibilidad de 80% y una especificidad de 100%. La versión española fue adaptada por Aguado C. y colaboradores.

- El cuestionario para medir la calidad de vida relacionada a la salud es el EuroQol-5D, es un cuestionario genérico que describe el estado de salud en 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y mental, cada una de las cuales se define con tres niveles de gravedad. Además consta de una Escala Visual Analógica (EVA) milimetrada en la que el sujeto debe puntuar su estado de salud en el día de la encuesta, siendo los extremos de la escala el peor estado de salud imaginable “0” y el mejor de salud estado de salud imaginable “100”. Este cuestionario muestra una consistencia interna de 0.64, la cual es aceptable. Los resultados se muestran por dimensiones distribuyéndolos en las otras características que hayamos tomado en cuenta. Para la evaluación del EVA se puede utilizar como variable numérica o categorizando como escala cualitativa en 5 categorías.

- El test de Pfeiffer nos va a servir para hacer el cribado de deterioro cognitivo, es decir; las personas que presenten dicho deterioro cognitivo no podrán ser incluidas en el estudio, ya que sus demás encuestas tendrían resultados no válidos. Este es un cuestionario heteroadministrado que consta de 10 ítems. El punto de corte está en 3 o más errores en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 a más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo y no será considerado para tomarle los demás cuestionarios.

### **3.4. Criterios o estrategias para el manejo de los resultados**

#### **3.4.1. A nivel de la recolección**

Las encuestas se manejarán de manera anónima asignando un código a cada participante y a cada encuesta.

#### **3.4.2. A nivel de la sistematización**

La información que se obtenga de las encuestas serán procesadas en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2010, y posteriormente serán pasadas al paquete estadístico SPSS v.18 para su análisis correspondiente.

#### **3.4.3. A nivel de estudio de datos**

La descripción de las variables categóricas se presentará en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados.

Para las variables numéricas se utilizarán la media, la mediana y la desviación estándar para variables continuas; así como valores mínimos y máximos.

Para las asociaciones se usarán pruebas como Chi cuadrado, T de Student, entre otras; dependiendo del tipo de variable.

Las pruebas estadísticas se considerarán significativas al tener un  $p < 0,05$ .

#### IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

TIEMPO	Diciembre				Enero				Febrero				Marzo			
Actividades	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración del proyecto de investigación																
Presentación y aprobación del Proyecto																
Recolección de datos																
Tabulación, análisis e interpretación de datos																
Elaboración y presentación del Informe final																



**V. BIBLIOGRAFIA:**

1. Chapman DP., Perry GS. Depression as a mayor component of public health for older adults. Prev Chronic Dis 2008;5(1) Disponible: [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/jan/07\\_0150.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/jan/07_0150.htm).
2. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM IV TR) MASSON, S. A. 2002
3. Alexopoulos GS, Kiosses DN, Klimstra S. La presentación clínica de “depresión y síndrome de disfunción ejecutiva” en la tercera edad. Am J Geriatr Psychiatry 2002;10:98-106.
4. Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. Br J Psychiatry 1999; 174: 307–11.
5. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. Acta Psychiatr Scand 2006; 113: 372–87.
6. Prince MJ, Reischies F, Beekman AT, Fuhrer R, Jonker C, Kivela SL, et al. Development of the EURO–D scale – a European Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. Br J Psychiatry 1999; 174:330–8.
7. Copeland JR, Beekman AT, Braam AW, Dewey ME, Deles paul P, Fuhrer R, et al. Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. World Psychiatry 2004; 3: 45–9.
8. Alvarado BE, Zunzunegui MV, Beland F, Sicotte M, Tellechea L. Social and genderine qualities in depressives symptoms among urban older adults of Latin America and the Caribbean. J Gerontol B Psychol SciSocSci 2007; 62:S226–36.
9. Guerra M, Ferri C, Sosa AL, et al. Late-life depression in Peru, Mexico and Venezuela: the 10/66 population based study. Br J Psychiatry 2009;195:510-151
10. Guía de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el tratamiento de las personas con depresión. 2008:103-108.
11. Becca RL and Mahzarin RB. Implicit Ageism. In: Nelson TD. Ageism. Stereotyping and prejudice against older persons. Ed. A Bradford Book. Massachusetts 2002:49-75.

- 12.Lockwood KA, Alexopoulos GS, van Gorp WG. Executive dysfunction in geriatric depression. Am J Psychiatry 2002;159:1119-1126.
- 13.Beautrais AL. A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. Suicide Life Threat Beba 2002;2:1-9.
- 14.Martínez J, Onís MC, et al. Versión española del cuestionario de Yesavege (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. MEDIFAM. España. 2002;12(10):26-40.
- 15.American Psychiatric Association. Practice guide line for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). Am. J. Psychiatry. 2000;157:1-45
- 16.Reynolds CF, Dew MA, Pollock BC, Mulsant BH, Frank E, et al. Maintenance treatment of mayor depression in old age. N Eng J Med 2006;354:1130-1138.
- 17.Kimmel, Paul. Just whose quality of life is it any way? Controversies and consistencies in measurements of quality of life. 2000, Kidney International, Vols. 57 - Suppl. 74, pp. 113 – 120.
- 18.Fernández- Ballesteros, R. (1997) Calidad de vida en la vejez: Condiciones diferenciales. Anuario de Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona, N° 73 (1007), 89-104.
- 19.Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotion. American Psychologist, 56, 218-226.
- 20.Pfeffer et al. (1982). Measurement of functional activities in older adults in the community. Journal of Gerontology, 37 (3), 323-329.
- 21.Pinquart M, Sörensen S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. Psychology and aging, 15(2):187-224.
- 22.Guyatt G, Veldhuyzen SJ, Feeny D, Patrick D.L. Measuring quality of life in clinical Trials: a taxonomy and review. Can Med Assoc J 1989; 140; (12)1441:1448.
- 23.Herdman M, Badia X y Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. Aten Primaria 2001. 15 de octubre. 28 (6): 425-429

24. Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. MedClin (Barc) 1999; 112 (Supl 1): 79-86.
25. Wu AW, Jacobson DL, Berzon RA et al. The effect of mode of administration on medical outcomes study health ratings and EuroQol scores in AIDS. Qual Life Res 1997; 6: 3-10.
26. Morera Salas Melvin, Cascante Arguedas Mario, Elizondo Zúñiga Ligia. Medición de la calidad de vida de un grupo de personas de la tercera edad del Hospital de Guápiles: una aplicación del instrumento Euroqol-5D. Rev. cienc. adm. financ. segur. soc. 2005 Ene [citado 2014 Ene 22] ; 13(1): 33-43. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-12592005000100004&lng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592005000100004&lng=es).
27. Mercedes Azpiazu Garrido et al. Factores asociados al mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. Rev Esp Salud Pública 2002, Vol. 76, N.º 6.
28. Castro-Costa E, Dewey M, Stewart R, Banerjee S, Huppert F, Mendonca- Lima C, et al. Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries: the SHARE study. Br J Psychiatry 2007; 191: 393–401.
29. Guerra M, Ferri C, Sosa AL, et al. Late-life depression in Peru, México and Venezuela: the 10/66 population based study. Br J Psychiatry 2009;195:510-151.
30. Molina Sena, Cristina, Meléndez Moral, Juan Carlos, Navarro Pardo, Esperanza. Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. Anales de Psicología 2008, 24 (Diciembre): Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16711589014>> ISSN
31. Medina-Mora ME, Rascón ML, Tapia R, Mariño M, Juárez F, Villatoro J et al. Trastornos emocionales en población urbana mexicana:



- resultados de un estudio nacional. *An Inst Mex Psiquiatr* 1992; 3:48-55.
32. Caraveo J, Martínez N, Rivera B, Polo A. Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. *Salud Ment* 1997;20:15-23.
33. Buendía, J., Marín, A. R., & Navas, I. L. (2006). Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de la depresión en ancianos. *Psico thema*, 18(2), 288-292.
34. García-Serrano MJ, Tobías-Ferrer J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano en riesgo. *Aten Primaria* 2001; 27(7):484-488.
35. Raccio-Robak N, McErlean MA, Fabacher DA, Milano PM, Verdile VP. Socioeconomic and health status differences between depressed and non depressed ED elders. *Am J Emerg Med* 2002;20(2):71-73.
36. Meldon WS, Emerman CL, Moffa DA, Schubert DS. Utility of clinical characteristics in identifying depression in geriatric ED patients. *Am J Emerg Med* 1999;17:522-525 Meldon WS, Emerman CL, Moffa DA, Schubert.
37. Oquendo González María Elena, Soublet Maestri Oria. ¿Es la depresión un problema de salud en un hogar del adulto mayor?. *Rev Cubana Enfermer*. 2003 Ago; 19(2).
38. Centro del Adulto Mayor –CAM. EsSalud. 2014. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/adulto-mayor/>
39. Han, M. A., Ryu, S. Y., Park, J., Kang, M. G., Park, J. K., & Kim, K. S. (2008). Health-related quality of life assessment by the EuroQol-5D in some rural adults. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 41(3), 173-180.
40. Riquelme, A., Buendía, J y Ruiz, J.A. (2004). Estructura diferencial de la depresión en ancianos. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos verdadero milagro. Grupo Familia y Desarrollo, Línea Vejez Sana y Patología. Caracas: Universidad Simón Bolívar.

41. Horowitz A, Reinhardt JP, Kennedy GJ. Major and subthreshold depression among older adults seeking vision rehabilitation services. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13(3):180-187.
42. Mera, F., Mestre, D., Almeda, J., Ferrer, A., Formiga, F., & Rojas Farreras, S. (2011). Paciente anciano y medicación crónica inapropiada en la comunidad, ¿somos conscientes de ello?. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(3), 125-130.



## VI. ANEXOS

### Anexo 1: Ficha de recolección de datos: características generales

Edad: \_\_\_\_ años

Sexo: ☐ Masculino

☐ Femenino

Estado civil: ☐ Soltero

☐ Casado

☐ Viudo

☐ Conviviente

☐ Divorciado

Grado de instrucción: ☐ Primaria

☐ Secundaria

☐ Superior Técnica

☐ Superior Universitaria

☐ Ninguna

Ocupación: ☐ Comerciante

☐ Ama de casa

☐ Sin ocupación

☐ Otra, especifique: \_\_\_\_\_

Convivencia: ☐ Solo

☐ Con familia

☐ Otra, especifique: \_\_\_\_\_



Comorbilidades:    ☐ Hipertensión Arterial  
                          ☐ Diabetes Mellitus  
                          ☐ Ninguna  
                          ☐ Otra, especifique: \_\_\_\_\_

Tratamiento farmacológico:    ☐ Si, ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
   ☐ No



## Anexo 2: Escala de Depresión Geriátrica – Test de Yesavage

1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	Si	No
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	Si	No
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	Si	No
6	¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	Si	No
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	Si	No
8	¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	Si	No
9	¿Se siente feliz muchas veces?	Si	No
10	¿Se siente a menudo abandonado?	Si	No
11	¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	Si	No
12	¿Prefiere quedarse en casa y/o cuarto que salir y hacer cosas nuevas?	Si	No
13	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	Si	No
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Si	No
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	Si	No
16	¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	Si	No
17	¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	Si	No
18	¿Está muy preocupado por el pasado?	Si	No
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	Si	No
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	Si	No
21	¿Se siente lleno de energía?	Si	No
22	¿Siente que su situación es desesperada?	Si	No
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	Si	No
24	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	Si	No
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	Si	No
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	Si	No
27	¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	Si	No
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	Si	No
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	Si	No
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	Si	No

### ANEXO 3: Cuestionario Euroqol – 5D

Marque con una cruz como esta ☒ la afirmación en cada sección que describa mejor su estado de salud en el día de hoy.

#### **Movilidad**

- No tengo problemas para caminar ☐
- Tengo algunos problemas para caminar ☐
- Tengo que estar en la cama ☐

#### **Cuidado-Personal**

- No tengo problemas con el cuidado personal ☐
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo ☐
- Soy incapaz de lavarme o vestirme solo ☐

**Actividades de Todos los Días** (ej, trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días ☐
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días ☐
- Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días ☐

#### **Dolor/Malestar**

- No tengo dolor ni malestar ☐
- Tengo moderado dolor o malestar ☐
- Tengo mucho dolor o malestar ☐

#### **Ansiedad/Depresión**

- No estoy ansioso/a ni deprimido/a ☐
- Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a ☐
- Estoy muy ansioso/a o deprimido/a ☐



Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse, y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Por favor, dibuje una línea desde el cuadro que dice “su estado de salud hoy,” hasta el punto en la escala que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

Su estado  
de salud  
hoy

Mejor estado  
de salud  
imaginable

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Peor estado  
de salud  
imaginable

**ANEXO 4: Test de Pfiffer**

Ítems	ERRORES
¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su n° de teléfono?	
¿Cuál es su dirección? –preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-	
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	



Nro	Edad	Sexo (F/M)	E. C. (S, C, V, D, CO)	G. I.(P-SEC-ST-SU-N)	Ocupacion (E,C,AC,SO)	Características Generales	
						Convivencia (S,CF)	Comorbilidad (HTA,OA,G,DM2,N,OTR)
1	70 F		C	SU	AC	CF	HTA
2	73 F		V	SU	SO	S	DM, HTA
3	68 F		C	SU	AC	CF	N
4	71 F		C	SU	SO	CF	N
5	66 F		C	SU	AC	CF	N
6	62 F		C	ST	AC	CF	N
7	65 F		V	SEC	SO	CF	HTA
8	73 F		V	SU	SO	S	N
9	66 F		C	ST	AC	CF	N
10	70 M		D	SU	C	CF	OA
11	73 F		C	ST	AC	CF	N
12	72 M		C	SU	SO	CF	N
13	71 F		C	SEC	C	CF	N
14	70 F		C	SEC	SO	S	HTA
15	70 F		C	ST	AC	CF	N
16	66 F		V	SEC	SO	CF	G
17	65 F		C	SU	AC	CF	N
18	72 F		C	ST	AC	CF	G
19	64 F		C	PRI	C	CF	N
20	73 F		C	SU	AC	CF	HTA
21	66 F		CO	SU	AC	CF	N
22	63 F		C	N	SO	CF	HTA
23	64 F		C	ST	AC	CF	N
24	73 F		V	SU	SO	S	N
25	70 M		C	N	SO	CF	G
26	65 F		CO	SU	AC	CF	N
27	72 F		S	SU	SO	CF	HTA
28	64 F		C	PRI	C	CF	HTA
29	70 F		S	SU	C	S	N
30	63 F		C	SU	AC	CF	N
31	66 F		V	SEC	SO	S	N
32	73 F		C	SU	AC	CF	DM, HTA
33	70 F		C	SU	AC	CF	N
34	66 F		C	SU	SO	CF	N
35	68 M		C	SU	SO	CF	N
36	66 F		C	SU	AC	CF	N
37	69 M		D	SU	SO	CF	N
38	73 F		C	SU	AC	CF	N
39	70 F		S	SU	SO	CF	OA
40	65 F		D	SEC	SO	CF	N



				Yasavage															
Otra comorbilidad, cual?	Tto (AH,AI,AD, N,OTR)	Otra Tto, cual?		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	AH			S	N	N	N	S	S	S	N	S	N	N	N	N	S	S	N
	AD, AH			N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	N			S	S	N	N	S	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N
	N			N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	N			S	N	N	N	S	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N
	N			S	N	N	N	S	S	S	N	S	N	N	N	S	N	S	N
cardiopatía	AH	medicamentos coronarios		S	N	N	N	S	N	S	N	S	S	N	N	N	N	S	N
	N			N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	N			S	N	N	N	S	N	S	S	S	N	N	N	S	S	S	N
	AI			S	N	N	N	S	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N
	N			N	N	N	N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N
	N			S	S	N	N	S	S	S	N	S	N	N	N	N	S	S	N
	N			S	N	N	N	S	N	S	S	S	N	N	N	N	S	S	N
	AH			N	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	N	N
	N			S	N	N	N	S	N	S	S	S	N	N	N	N	N	S	N
	OTR	gastroprotectores		S	N	N	N	S	N	S	N	S	N	N	N	S	N	S	N
	N			S	N	N	N	S	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N
	OTR	gastroprotectores		S	N	N	N	S	N	S	S	S	N	N	N	N	S	S	N
	N			S	S	N	N	S	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N
	AH			N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	N			S	N	N	N	S	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N
	AH			S	N	N	N	S	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N
	N			S	N	S	N	S	N	S	S	S	N	N	N	N	S	S	N
	N			N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	N	gastroprotectores		S	S	N	N	S	N	S	N	S	N	N	N	S	N	S	N
	N			S	S	N	N	S	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N
	AH			N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	AH			S	S	N	N	S	S	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N
	N			N	S	N	N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N
	N			S	N	N	N	S	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N
	N			S	N	N	N	S	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N
	AD, AH			N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	N			S	S	N	N	S	N	S	N	S	N	N	N	S	N	S	N
	N			S	N	N	N	S	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N
	N			N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	N			S	N	N	N	S	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N
	N			S	N	N	N	S	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N
	N			N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	S	S	N	N
	AI			S	N	N	N	S	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N
	N			S	N	N	N	S	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N

17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Puntaje del Yesavage		Movilidad	Cui-Per	Euroqol - 5 D (1 - 2 - 3)	
																		Act	Dolor/Males
N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N	S	S		2	1	1	1	1
N	N	N	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N		11	2	1	1	2
N	N	S	S	S	N	S	N	N	N	S	N	S	S		3	1	1	1	1
N	N	N	S	S	N	S	N	N	N	N	N	N	N		12	1	1	1	2
N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N	S	S		0	1	1	1	1
N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N	S	S		2	1	1	1	1
N	N	S	N	S	N	N	N	N	S	S	N	S	S		2	1	1	1	2
N	N	N	S	S	N	N	S	N	S	N	N	N	N		13	1	1	1	2
N	S	S	S	S	N	N	N	N	N	S	N	S	S		5	1	1	1	1
N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N	S	S		0	1	1	1	2
N	N	N	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N		12	1	1	1	2
N	N	S	S	S	N	N	N	N	N	S	N	S	S		4	1	1	1	1
N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N	S	S		2	1	1	1	1
N	S	N	S	N	N	S	S	N	S	N	S	N	N		24	1	1	1	2
N	S	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N	S	N		2	1	1	1	1
N	N	S	N	S	N	N	S	N	N	S	N	S	N		3	1	1	1	1
N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N	S	N		1	1	1	1	1
N	N	S	S	S	N	N	S	N	S	S	N	S	S		5	1	1	1	1
N	N	S	N	S	N	N	N	N	S	S	N	S	S		2	1	1	1	1
N	N	N	S	S	N	S	S	N	S	N	N	N	N		14	1	1	1	2
N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N	S	N		1	1	1	1	1
N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N	S	S		0	1	1	1	1
N	S	S	N	S	N	S	S	N	N	S	N	S	S		6	1	1	1	1
N	S	N	S	S	N	S	N	N	S	N	N	N	N		15	1	1	1	2
N	S	S	N	S	N	N	S	N	N	S	N	S	S		4	1	1	1	2
N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N	S	S		1	1	1	1	1
N	N	N	S	S	N	S	S	N	N	N	N	N	N		13	1	1	1	2
N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N	S	S		2	1	1	1	1
N	N	N	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N		13	1	1	1	1
N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N	S	N		1	1	1	1	1
N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N	S	S		0	1	1	1	1
N	S	N	S	S	N	S	S	N	S	N	N	N	N		15	2	1	1	2
N	S	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N	S	S		3	1	1	1	1
N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N	S	N		1	1	1	1	1
N	N	S	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N		11	1	1	1	1
N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N	N	N		2	1	1	1	1
N	S	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N	S	S		2	1	1	1	1
N	N	N	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N		13	1	1	1	1
N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N	S	S		0	1	1	1	2
N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	S	N	N	S		1	1	1	1	1

Ans/Dep	Escala (0-100)	Pfiffer
1	60	1
2	60	1
1	80	2
2	60	1
1	80	1
1	80	2
1	70	1
2	60	1
1	70	1
1	70	2
2	60	1
1	80	0
1	80	1
2	50	1
1	80	1
1	80	1
1	80	2
1	70	1
1	80	1
2	70	1
1	80	1
1	60	2
1	80	1
2	60	1
2	70	1
1	80	2
2	60	1
1	70	1
3	70	1
1	80	0
1	80	2
2	60	1
1	80	1
1	80	1
2	80	1
1	80	2
1	80	1
2	80	1
1	60	1
1	80	1

